慈恵医大誌 2008；123：67-85.

【森田療法センター開設記念論文】

森田療法の過去・現在・未来

―― 森田療法の源流から考える ――

北　西　憲　二

日本女子大学社会福祉学科/森田療法研究所

I. は じ め に

東京慈恵会医科大学（慈恵医大）森田療法センターが2007年5月1日に開設された．この機会に森田療法の過去を振り返り，そこから現在，そして未来をみていく作業を通して，森田療法が21世紀に果たしうる役割について考えてみたい．すでに中山が森田療法センター開設記念論文として高木兼寛と森田正馬の関係，さらに森田療法の成り立ちについて詳細に論じている[1]．本論ではそれを受ける形で，森田療法が生まれた時代状況を検討し，この精神療法の根底に流れる森田の世界の認識方法を明らかにすることから始める．そしてその認識方法を同時代の西欧における代表的な精神療法家で思想家であるフロイトと比較し，その特徴を示し，さらにその認識論の源流を東洋の伝統的人間理解に求め，検討する．そしてそれがどのようにわれわれの苦悩の解決に結びつくのかを示した後に，比較精神療法の立場から森田療法の特徴を示す．そして森田正馬以後の慈恵医大における森田療法の変遷に触れ，そして現代における時代的状況と森田療法の果たすべき役割について論じることにする．

II. 二つの国民病（脚気・神経衰弱）をめぐって

高木兼寛（1849年生まれ-1920年没）と森田正馬（1874年生まれ-1938年没）の関係についてすでに中山論文[1]で述べられているが，高木と四半世紀遅れてこの世に生を受けた森田は世界の認識方法について共通するところが多い．この時代は，圧倒的な西欧の知が日本に紹介され，それを消化しながら日本が急速に近代化の道をひた走った時代であった．そしてそれは次第に完結するのであるが，そのゆがみが顕わになった時代でもあった．そのひとつとして，強壮な若者たちに見られた脚気であった．それが兵士たちに多く見られたため，当時の時代的状況から見れば，国家存亡に関わる重大な国民病であった．

またこの時代は，今までの伝統的な価値観，あるいは社会体制が大きく変化し，人々の流動性も飛躍的に増え，田舎から都会に移住し，そこで教育，職業につく人たちも増えてきた．そのような時代には人々の不安が高まり，それらは心と身体への不安と結びつき，当時の神経衰弱（神経の衰弱，神経の力を失うこと）という用語の流行として現れてきた．

高木と森田は明治・大正という時代の二つの代表的な国民病（脚気・神経衰弱）に関わり，その解決に心血を注いだのである．そして高木も森田も一方では圧倒的な西欧の知を咀嚼しながら，他方ではただこの知のあり方を鵜呑みにすることなく，自らの認識方法を深めて行こうとしたのである．まずこの二人がどのような認識方法とその思想的背景をもってその解決に当たったのかを検討することから本論を始めたい．

1. 徹底した実証主義

その特徴として，徹底した実証主義がまず挙げられよう．彼らはある論なり説なりから目の前の現象を見るのでなく，自己の観察から現実の現象をありのままにみようとした．そして自己の治療経験から出発し，その事実を持って自己の観察の正しさを実証しようとした．また徹底したプラグマティストだった[2)3)]．高木兼寛は，栄養説を提出

し，航海実験で栄養説を実証し，森田正馬は当時の国民病の一つといわれていた神経衰弱患者を治すことから出発した．そしてその再現性に絶対の自信を持っていたのである．しかし松田が指摘するように，国産である高木の栄養説に対して「俗論」とさげすんでいた当時の学会が，外来の栄養説に対してはこれを肯定し，西欧のビタミン研究を追うことになったのである[2]．兼寛が明治天皇に「わが国のかくも多数発生している病気の原因が，外国の医師によって発見されるようでは，日本の医師の不名誉でございます．是が非でもこれを究めなければなりません」と上奏したのが1883年のことであったという[2]．ここに「病気を治すための研究へ」[2]と自らが日本の病人を救おうとする高木の思いが伝わってくる．また高木もそして森田も病で悩む人たちを治癒，回復へと導いたという自己の経験に対する自信はゆらぐことはなかった．

2. 治療学としての医学

高木は「成医会」を結成し，「研究のための研究」ではなく，「病気を治すための研究へ」，「患者を研究対象とみる医風から，病に悩む人間とみる医風へ」変革しようとした[2]．高木と森田と共通するのは，病で悩む人たちをどのように回復させるか，への飽くなき探求であった．

森田の提唱した神経症の理論と治療をめぐって，日本に精神分析を紹介した東北大学の丸井清泰との論争はよく知られている．そこには西欧的な人間理解と日本的・東洋的な人間理解の対立とともに，独自の精神療法を創始して意気軒昂であった森田が，新たに導入された精神療法とその優位性を争ったという側面がある．森田から見れば治療もできない精神療法，ありていに言えば神経症を治せない治療法などいかに高級な理論を掲げても空理空論でしかないという自負が影響し，論争は激しさを増していった．

この論争は，学問的にみれば実りあるものではなかったが，その激しさで日本の精神医学史に大きな足跡を残した．これについて，昭和の代表的精神医学者，内村祐之は，『わが歩みし精神医学の道』と題する自伝で次のように述べている[4]．

> しかし，丸井教授が，わが国の学会で受け入れられなかったのは，もう一つ，他の理由があったようだ．それは，同じく神経症を主対象とした森田正馬教授の理論が着実なペースで発展したことによっても想像できよう．森田教授の人柄はきわめて地味で，自分の学説を派手に発表するようなことはしなかったにもかかわらず，下田光造教授のような良い理解者を得て，陰に陽に森田理論は推奨された．そして森田，下田の門下からも，有力な支持者が出たのであった．
>
> それに比べると丸井教授の方は，終始，文字通りの孤軍奮闘であった．ことに印象的なのは，討議に際しての丸井教授の態度がまことに感情的で，いささかの仮借もしなかった点である．まじめで真正直な人柄であることはよくわかるのであるが，学会の討論の場における態度としては，少し度はずれであった．そして討論の相手に対する素っ気ない突き放しの態度は，かえって，その所説の理解を妨げるという逆効果を生んだように思われる．ちなみに私は時折り若い人たちから，日本の学界で行われた最も際立った討論は何であったかと問われることがあるが，それに対しては，大正末期から昭和十年頃にかけての丸井清泰教授と森田正馬教授との討議こそ，それだったと答えるのを常としている．この両者の討論のうちでも，昭和九年の総会のときの討論は，最も劇的なものとして，今も強く印象に残っている．
>
> そのとき，強迫観念について講演した森田教授が，フロイトの加虐性説を攻撃したのに対して，丸井教授は，「……私どもから見ると，非常にしろうとくさい印象を得るのであります……」と，やったのである．すると森田教授は，冷ややかながら怒気を含んだ面持ちで，「（貴説は，）あやまってすべり，ケガをした所以をも分析しなくてはならぬと同じ．強迫観念に対する加虐性説は，私はこれを迷信と認めます．特にこのことを強調しておきます」と言い放って，そのまま退場したのであった．
>
> このときに限らず，この両者の討論は，共通の場を持たぬスレちがいの形で行われることが多く，また感情的な色彩がはなはだ強くて，内容に乏しかったが，とにかく，わが学会史上，白眉ともいうべきものであった．

当時若き精神医学者であった内村はこう記しているが，とにかくこの論争が神経症理論と治療法に関し，日本の精神医学者が改めて考える手がかりとなったのは間違いのない事実であろう．森田の面目躍如というエピソードであるが，何よりも森田には悩む人を治していたという自負があったに違いない．

そしてこのことは，高木と当時の東大・陸軍グ

ループの論争を彷彿とさせるのである．

3. 認識方法―現象即実在論

高木と森田の認識方法は，後にフロイトとの関係でも触れるが，西欧的な意味での現象学，本質への探求でなく，むしろ現象即実在論と呼べるものである[3]．これは日本的思惟方法と特徴として知られるもので,「真理は現象を超越したところに存在するのではなくして現象のありのままこそが真理のあらわれであるとする」[5] ものである．そしてそこでは，人と自然が調和して生きることが強調され，ありのままの自然的な欲望がそのまま肯定される．もちろんこのような思惟方法は普遍性への探求に欠けることがある，という批判はあり得る．しかし現代医学では飽くなき原因探求によって病に苦悩する人たちへの理解と自然治癒力を前提とした回復メカニズムへの軽視へと傾斜する危険性を孕んでいる．それに対する異議申し立てとして，これらの認識方法はきわめて現代的である．

4. 全人的治療（ホリスティック医療）

高木は人間が自然，環境と深く関わる「食」のあり方を，森田は「こころ」のあり方を問うことにより，治療法を発見していった．そこには要素よりも全体へ，生活へ，そして人生へという共通する視点を見いだすことが出来る．そして高木と森田の世界観は,「病気を診ずして病人を診よ」(高木兼寛),「あるがまま」(森田正馬)という言葉で示されるように，病ということで分類され，細分化され，単なる観察の対象とされた苦悩する人たち全体を理解し，その人たちの持つ自然な治癒能力の信頼から成り立っている．また病はその人たちの生き方，人生と密接に関係するという視点を提供するものである．

5. 東洋的思想と高木兼寛・森田正馬

高木も森田も喪失を体験し，それが彼らの思想を深めていった．松田によれば，高木の晩年(50代半ば過ぎ）は，啓蒙者としての面と同時に求道者としての面が強く打ち出された時期であったという[2]．自らの心の問題としてその解決を仏教理論に求めた．それは生老病死をはじめとする人生の苦しみの由来とその解決を知るためであった．そしてそのころ，一人娘，寛子の死を経験し，次第に禊ぎの行に傾倒していき,そこで心身の統一，死が一体の悟りの境地に達することが出来たという．それは心身自然一元論であり，人間の自然治癒力への信頼である.「もとより宇宙間にあるところの心理を知るということは限りなく…事はなはだ大きいから，それは私どもの力では何ともいかぬということを信じているのであります」[3] と高木が述べた．その思想を端的に言えば，人間の有限さ，限界への洞察と自然，自然治癒力に対する畏敬の念であり，それはそのまま森田の思想に通底する．

III. 森田とフロイト―その時代が求めたもの

1. 変化の時代と成功した精神療法家

フロイトは1856年に生まれ，1939年に没（83歳),森田は1874年に生まれ,1938年に没(64歳)．森田はフロイトに18年遅れて生まれ,ほぼ同時期に死んだ．この時代,19世紀後半から20世紀にかけて，当時の精神医学の中心であったヨーロッパでは,近代的な精神医学が生まれつつあった．1つはKraepelinに代表される身体論的立場から，主として精神病を対象に分類し，記述することを試みるもので，他は精神疾患における心因の探求に新たな学問的，臨床的関心を向けるものである．Ellenbergerによると,19世紀末に西欧では,産業革命とプロレタリアートの勃興と民族主義の成長などが新しい神経症の形式を生み，つまり神経衰弱と恐怖症の2形式が出現し，新精神治療技法の必要性も台頭したという[6]．それと共にヨーロッパ文化圏の古代からの長い歴史のなかで，その時々の医学の疾病観を反映したヒステリーにもジャネ，フロイトによって新しい理解がもたらされた時代であった．

森田はこの時代の新しい神経症の形式，すなわち神経質と恐怖症について，西欧とは異なった立場からの理解と治療を提出した．その治療と研究の対象が森田とフロイトではそのスタートから違っていたことには注目を払うべきであろう．

そして西欧ではこの時代に精神療法を必要とし，それに対して決して安価ではない料金を支払うブルジョア階層が生まれてきた．この事情は約20-30年遅れて日本でも出現する．

フロイトも森田も伝統的価値体系が確固とした

形で存在し，それに合わせて生きざるを得なかった時代から，より個の能力が問われる時代への転換期に生まれ，そして青年期を過ごした．フロイトはユダヤ人として初めて成功した精神療法家でまた当時の世界に影響を与え続けた思索家でもあった．

フロイトの生涯はEllenbergerが指摘するように，下層中産階級から上流ブルジョア階級への漸進的社会上昇の1例であった．そのことも19世紀のユダヤ人解放とゲットー廃止という時代的背景を抜きにしては理解できないであろう．このユダヤ人解放は今まで思いもよらなかったさまざまな可能性を野心的なユダヤ人にもたらしたのである[6]．そして多くのユダヤ人の弁護士，医師，科学者が生まれた．成功したウイーンの精神療法家であるフロイトの顧客の多くは，上流社会の患者だった．

そして森田も日本で成功した最初の精神療法家であった．森田は郷士（禄高をもらわずに農業を営み生活をしている武家）の出身である．ちなみに明治維新の時に尊皇攘夷論者として活躍した土佐出身の武士，半平太，龍馬など多くのはこの郷士出身であった[7]．森田の家は決して裕福とはいえず，父親は小学校の教師をしながら，農業を営み，家計を支えた．後には農業のみで生計を立てていたという．そのような家に育った森田は高知の田舎から，高校時代は熊本へ，そして大学は東京へといわば中央に上昇し，精神科医となり，精神療法を自宅で開業し，成功した．後に故郷の小学校の講堂，運動場，その他の寄付が当時のお金として数千円に上った社会的成功者の一人だったのである[7]．当時すでにこのような自由な個人の社会的な移動と上昇の可能性が個人の能力を発揮するチャンスを野心的な青年に与え，実際森田のように社会的成功を手に入れることを可能にしたのである．森田の場合もこの療法が確立した後の自宅での精神療法はかなり高額であり，その対象は中産階級から上でなければ，その支払いは困難だったろうと思われる．すでに当時の日本でもそのような金額を払って精神療法を受ける社会階層が存在したことは注目に値する．

2. 生い立ちとそれぞれの精神療法理論―母親の愛の独占者と父との葛藤をめぐって―

フロイトは，ユダヤ人の家庭に1856年にフライベルグで生まれ，1939年ロンドンで死去した．死亡の年を除けば，全生涯をウイーンで過ごした．父親ヤーコブは毛織物商人で，再婚，二人の異母兄は20歳も年上であった．父親と母親は20歳も年が離れており，彼女もユダヤ人で初婚であった．最初の子供がフロイトで，母親の寵愛と期待を一身に集めた特別な子供であった．その後フロイトには，5人の妹と2人の弟が生まれた．フロイトは森田と違って幼児期，あるいは思春期にかけて神経症的エピソードはない．森田が父親への反抗を軸に，波瀾万丈な思春期を送ったのとは対照的に，フロイトはむしろどの学科でも最優秀賞を勝ちとる優等生であり，そのために家族は協力を惜しまなかった．森田に比べてフロイトの方がはっきりとした母親の愛の独占者であり，家族のなかで特権的地位を占めていた．そして父親への敵意，反発は森田とは逆に心の奥底に抑え込まれていた．フロイトは森田と対照的に商家で生まれ，ユダヤ人共同体の伝統に基づいた家父長的イデオロギーの元で育った．それは男性の支配と女性の従属，大家族への奉仕，きびしい清教徒的な規範的慣習に特徴づけられるという[6]．

森田正馬は，森田家の長男として1874年に高知県に生れた．フロイトの生い立ちと異なり，母親が年上で再婚，すなわち父正文は，21歳の時に森田家の養子となり，森田の母亀女と結婚した．妻より4歳年下であった．母亀女は，19歳の時に結婚して長女をもうけたが，夫婦仲が悪くて離婚し，25歳で再婚したのである．正馬は結婚した翌年に生まれた．その正馬を母親は溺愛し，彼の死の直前まで密な情緒的接触を保っていた．そのような意味では彼は母親の特別な子で，その期待を一身に受けて育ったであろうことは想像に難くない．母親はうつ病を2度ほど罹患したらしい．その時には心気的となり，死の恐怖におびえた．父親は教育熱心で躾もやかましく，厳しく小学校時代の森田に接し，その父への反発，反抗が森田の青年期を様々な形で彩ることになる．そのような森田を陰に陽にかばったのは森田の母であったようだ[7]．この森田家は父が婿養子に入ったことから

わかるように，どちらかというと母系家族で農業を家族で営みながら，生活を送っていた．

ここに森田とフロイトが自ら背負った不安をどのような理解したかの最初の鍵がある．フロイトの父への敵意は森田と対照的にその心の奥深くに抑圧され，フリースといういわば自らの不安，抑うつを分析する相手を得て，エディプス葛藤の発見に至るのである．森田は後に父との関係を振り返り，その父との葛藤を自分が生まれ持った素質のよるもの，つまり自己の業（素質，つまりは自然）と理解したのである．父との葛藤を自らの反応形式で受け入れざるを得ないとし，彼の精神療法理論の骨格に自然論をすえることになった[8]．

3. それぞれの神経症体験と精神療法理論

さてウイーン大学で医学を学んだフロイトは医師として神経学を専攻し，パリのシャルコーのもとに留学．ここからヒステリー研究，さらに彼の生涯をかけた神経症の，そして人間一般への心理学的モデルの構築の試みがはじまった．1894 年から 1899 年に至る約六年間は，フロイトの人生と切り離せない事件が 4 つあった[6]．第一はフリースとの親密な関係であり，第二はフロイトが神経症で悩んだことであり，第三はフロイトの自己分析であり，第四は精神分析の基本原則を磨きあげたことであった．Jones によればフロイトの神経症は，気分の極端な変化からなり，恐怖症状として発作的に死のおそれが起こることと鉄道旅行に対する不安であったという．気分の変化は昂揚と自信の時期を一方に置き，激しい失意，懐疑，制止の時期を他方に置くものであった[9]．1896 年に父親が死に，フロイトの内面の苦悩はその後一年間に悪化した．この苦悩の時期にフリースとの書簡のやり取りを通した自己分析から幼児期の記憶がゆっくりと浮かび上がって，それが彼の理論の骨格をなすのである．それらは幼児期の精神性的発達であり，エディプス葛藤であり，隠蔽記憶であった．それら自己分析と治療経験が相互に絡み合いながら，フロイトの説が作られていく．これらの試みは森田の実践的探求と対照的に不安，葛藤に対する原因の飽くなき探求であり，その概念化，理論化の試みであった．この探求が，フロイトの心の奥底に封印されていた父殺しというエディプス葛藤の本質に触れるものだっただけに，彼はフリースを必要としたのである．

さてフロイトの自己分析の導き手であったフリースとの関係も 6 年間で終止符が打たれ，彼の神経症も終焉がうたれた．1900 年に出版された「夢解釈」は，その里程標と考えられるが，それはフロイトが自らを語った「偽装された一種の自叙伝」ともいえるものであった．そして 1902 年からのフロイトの人生は精神分析運動の物語となる．つまりその後の精神医学のみならず，心理学，哲学，人類学，社会学など広範囲に影響を与えることになる精神分析学派の創立がなされたのである．

一方，森田は幼少時期から活発，好奇心が強い反面かなり神経質であった．9 歳ごろ村の寺で極彩色の地獄絵を見て，死の恐怖に襲われ，夢にうなされた．これが彼の人生を決めることになる．彼は後に述べる．「私は少年時代から四十歳頃までは，死を恐れないように思う工夫をずいぶんやってきたけれども，『死は恐れざるを得ず』という事を明らかに知って後は，そのようなむだ骨折りをやめてしまったのであります．」[10]．この頃から死の恐怖をいかに克服するかが，彼の人生上のテーマとなり，森田の精神療法家になるべき運命を決定した．

そして高等学校から大学時代にかけて森田は，宗教，東洋哲学に興味を持ち，腹式呼吸，白隠禅師の内観法などを試み，加持，祈祷などの観察，実験を行った．これらが死の恐怖に基づく自らの心身の不調を乗り越えるためのものであったにせよ，森田の精神病理仮説や治療論を作り上げる基礎となった．またこのことからもこれらは東洋的な人間理解（人間観）に基づいていることが理解できる[8]．

森田は精神療法家を目指して，明治 31 年（25 歳）の時，東京帝国大学医学部入学した．大学入学後も相変わらず様々な身体症状にとらわれ，進級試験を前に悶々として勉強に身が入らず悩んでいた時に父からの学費の送金が遅れた．後の研究によるとそれは森田の誤解で，すでに試験の前に学費は送られていたという[11]．いずれにせよ子供の頃からの父親に対する反感，憤懣が自分の苦境とあいまって爆発する．森田は父親へのあてつけもあり，必死の思いで開き直り，今まで飲んでい

た薬や治療を一切止めた．そして，とりあえず目の前の課題であった試験勉強に打ち込んだ．そこで驚くべき体験を森田はする．彼を長年にわたって悩ませ，苦しめてきた神経衰弱や脚気の症状は一時的に軽快し，試験の成績も意外に良かった．恐怖に入り込むこと（恐怖突入）の体験と必死必生の思いが不安にとらわれた人の心理的変化をもたらすことを森田はみずからの体験から知った．しかしこれは父親への反抗心から生じた自己愛的怒りとも理解でき，一過性のカタルシス効果は見られたが彼の神経症の問題解決にはさらに時間を要した．

いずれにせよ，ここで森田は恐怖突入，不安の逆説，体験の重視，捨て身になることなど森田療法の技法の根幹に関連する体験をした．ここでも森田療法が森田自身の病と父への反抗とその克服過程といかに密接に関係しているか，がわかる．森田は父の反対を押し切って精神科医という職業選択をした頃から次第にこれらの症状に悩まされることはなくなった．

森田が1900年代前後から死に至るまで期間で取り出した森田療法の理論と実践は森田自身の体験そのものといってもよい．その自己治癒過程が森田療法の理論と実践の血となり，肉となったのである．それとともにいうまでもないが，外来，入院療法の臨床経験が森田の個人的体験に普遍性を与えることになった．

そして森田がつかんだ治療的事実は，その理論化の不徹底と対照的に完成度の高いものだった．それがまた良くも悪くも，森田の理論と治療の特徴をなしている．

ここで注目すべきこととして，森田はフロイトと対照的に自己の死の恐怖がなぜ起こったのか，とその起源を探求するのではなく，それをどうしたら克服できるのか，を終始一貫して問うたのである．その原因探求は素質（あるいはその人間の持っている業，先天的な反応様式）つまりわれわれの自然なるもの，に還元し，その自然をどのように受け入れるのか，という回復そのものに彼の思索と実践は向けられていた．これはわれわれがどのように生きるべきか，を主題とする東洋的な哲学，宗教の思惟方法にそのまま通じるものである．

4. 森田とフロイトの人間理解と精神療法の特徴について

森田もフロイトもその時代の思惟方法に強い影響を受けていたことは間違いのない事実であろう．

フロイトの思惟方法は，飯田，中井が指摘するように，19世紀的な分析的，自然科学的思想そのものである[12]．彼は人間の精神を分析していくつかの要素に分解し，それを再構成し心的装置を構想する．そしてそこに働く心的エネルギーを当時の物理学にならって投射，転移，転換などの操作概念を用いて説明する．つまりきわめて因果論的，要素主義的である．

しかしその一方で忘れてならないのは，徹底した原因探求と理論化への欲求，つまり普遍化への情熱である．それが単に分析的，要素主義的傾向を超えて，全体への志向，つまりメタサイコロジーの構築を目指したのであろう[13]．

しかしここに同じ不安を理解するにも，森田とフロイトの間には広く，深い溝があるといわざるを得ないだろう．そしてこの思惟方法，あるいは人間理解の方法論といってもよいが，の違いを理解しておく必要がある．その理解なしには森田がフロイト（あるいは正確には日本にその当時もたらされた精神分析理論）を一方的に批判し，あるいは丸井が森田を表面的であると非難したように，両学派の対話は感情的なやり取りに終わってしまう危険性があるのである．

森田の思惟方法の特徴はすでに指摘したように，現象即実在論と呼べる．これは中村元によれば諸現象の存する現象世界をそのまま絶対者と見なし，現象を離れた境地に絶対者を認めようとする立場を拒否する思惟方法で，それを現象即実在論と明治以降の哲学者によって呼ばれている[14]．いわゆる西欧的な意味での現象学，本質への飽くなき探求でなく，その表現される現象においては，もはやわれわれには隠されているものは何も存在しないと理解するのである．つまり生死輪廻の流転の姿が絶対者の境地にほかならない．現象世界の無常なる姿がそのまま絶対的意義を有するのである．そしてそこには，動的であること，現状肯定，人と自然への一体などが特徴して現れている．このような現象への認識方法が森田の思惟方法と

人間理解の骨格をなしている．

さてその現象即実在論と自然科学主義はさらに人間理解の面ではどのような特徴を示すのであろうか．ここでそれぞれの人間の認識方法の違いについて示すことにする[15]．

フロイトの自然科学主義は徹底した原因探求モデルである．それはまず現象即実在論と対照的に，時間論に立脚し，その視点は歴史的であり，必然的に発生論的であり，その起源への探求を第一義とするのである．そして家族との歴史的関係を問題として，そこでの母をめぐる父との葛藤にフロイトはわれわれの苦悩の源泉をみたのである．そしてその葛藤的関係を治療者との関係に置き換え，つまり転移させ，そこでの歴史的関係の探求を通して自己を知る作業を行うのである．従って精神分析にはフロイトのおけるフリース，つまり治療者は必須であるが，森田療法ではしばしば人は森田の著作を読むだけで問題の解決に至ることがある．ここにもその治療の方法論の違いが出ていよう．つまり精神分析にとって自己を知ることとは，歴史的な存在としての自己を知ることであり，それは最終的には母と父と自分の関係の物語としての自己を知る作業となる．同じ自己を知る作業を森田療法も精神分析（的精神療法）も行うのであるが，このように大きな違いがあるのである．

現象即実在論とは徹底して空間的認識論，あるいは円環論である．「今ここで」のその人の存在様式を自己と世界の関わり合いを通して探求していくのである．そしてそこでの苦悩は生老病死をめぐる問題であり，それをいかに受け入れていくか，それをどのように背負って生きていくのか，を問題としていく．これは伝統的な東洋の仏教，道教などを基盤としたわれわれの生き方と問題解決法に通底する．そして森田は苦悩とはとらわれ（悪循環）という現象（あるいは様式）で，その悪循環に身体，精神，外界（世界，自然）との連鎖を想定し，その介入を試みたのである．そしてこのとらわれを抜けるには，2つの事実「死は恐れざるを得ない」「欲望はあきらめられない」の体験的自覚が必須であるとした．これらの事実は，森田の考える自然なるものであり，そのわれわれに内包する自然なるもの，にいかに関わるのか，への探求こそが森田療法の本質である．つまり自己に対する自己の関わりの探求であり[16]，優れて東洋的な自己の探求である．

従って精神療法の方法も違ってくる．精神分析の作業は，治療者と共に患者は過去の心的外傷の探求を行い，それらは治療者患者関係にやがて転移され，再現され，そして治療者の解釈を経て，患者に気づかれるようになる．それが洞察であり，自己を知ることである．またこのような洞察は，さらに治療者と別離を通して確固たるものにされる．治療の終結を精神分析では重視する所以であろう．

一方森田療法では治療者との関係は前面に出ないが，治療者を理想化するような治療関係が治療の推進力である．そして森田療法では自己の世界への関わりの不自然さ（とらわれ）の共有から治療は始まり，その修正を目指すための治療者の提案を患者は生活場面で実践し，その経験をさらに治療者が明確化するという手順を取る．そして自らの不自然な生き方を知ると共に，自己の健康な欲望の気づきと発揮をこの精神療法では目指す．

フロイトにとって，そして西欧の社会にとって不安は病的なものでしかない．従ってその原因を発生的，歴史的に探求し，その原因を家族との関係から知ることが不安の解決であると考えるのである．

しかし不安は森田にとって，その人の生まれ持った反応様式であり，本来自己のものであるが，それを非自己と認識し，それを排除しようとしていることにこそ問題があると考えるのである．従って不安に対する認識（認知療法でいう認知，さらにはスキーマと呼んでもよい）を排除から受容へと変えることが治療の最初のステップとなる[17]．

不安を媒介に自己を知る作業をするという点においてはこの二つの精神療法は共通する．今まで述べてきたようにその知り方が違うのである．

IV．森田療法の源流
―その哲学的，文化的背景をめぐって

1．我執の病理とその解決をめぐって

では森田療法の認識論の源流はどこにあるのだ

ろうか．それらについて考えてみたい．森田療法は自己中心的な愛と欲望から生じる苦悩を解決する精神療法であると考えられる．もちろんここでの愛は，一般にその言葉から連想するような相手にそそぐやさしい愛情とは異なる．森田療法では，わたしたちを苦しめる自己中心的な愛と欲望のあり方を問い，その解決を求めていく．苦しみの元となる愛や欲望を原始仏教では渇愛（のどの渇きで水を欲するようにわれわれが，さまざまな欲に執着すること）と呼び，その解決法を模索してきた．これらは自分中心的で自分と他の人に執着する愛であり，欲望である．それをとりあえず我執と呼んでおく．中国の老荘思想もこのようなわたしたちの欲望のあり方を問うてきた．この「生きること」をめぐる東洋の哲学，宗教，心理学からの理解と解決法をもとに組み立てられたのが森田療法である[18]．

2. 東洋における我執の理解その解決法

東洋においてわれわれの苦しみ，葛藤はどのように理解されてきただろうか．仏教はキリスト教と異なり，奇跡を行わず，人間の内省によっての気づきを重視した．ではその仏教の創始者仏陀の教えとはどのようなものか．それと森田療法とはどのような関係にあるのだろうか．

仏陀のいう苦とは，生まれること・老いること・病むこと・死ぬことの四苦である．また憎らしい者に会う苦悩・愛しい者と別れる苦悩・欲しいものが手に入らない苦悩・要するにこころと体の五つの要素はすべて苦悩である（四苦八苦）といわれる．そしてこれらの苦の原因として渇愛が挙げられる．渇愛とはわれわれが持つ自己中心的な愛であり，限りない欲望である．それは中村元によれば「自己の欲するがままにならぬこと」「自己の希望に副わぬこと」であり，「それはすべてのものが無常であるのに，われわれは事物をすべてわがものであると考え固執しているからである」という[19]．このような肥大した欲望，即ち我に執着すること[18]，がわれわれの苦悩を生むと原始仏教では考えていた．また苦の原因として，限りない自己中心的な欲望である渇愛と共に，無明（根本的な無知）であることが苦の最終的な原因ともされている．

そしてこのような愛と欲望からもたらされた苦悩からの解決は，この愛や欲望から自由になることであるとする．具体的には正しい見解・正しい思惟・正しい言葉づかい，正しい行為・正しい生活・正しい精進・正しい自覚（正念）・正しい瞑想（正定）の八正道（はっしょうどう）を行うことである．それらは一括して中道と呼ばれる．中道とは，低級な世間的な快楽に身を任せることと，逆に苦しみにみちた苦行に没頭すること，という二つの極端を避けて八正道に専念することである．つまり苦悩を知り，それから逃げることなく，日常の生活を生きることからわれわれの苦悩は解決されるというのである[19]．

この理解は東洋における悩みの解決の基本を示している．そして森田療法はその枠組みで理解される．しかし一方我執とその苦悩の理解に森田療法と原始仏教ではやや異なる点も当然のことながら存在する．

原始仏教でその苦しみのもとである自己中心的な愛や欲望（我執）断つことを目指す．森田療法では，そのような苦悩の解決をどのように考えているのだろうか．そこには原始仏教を基本にしながら，さらに様々な東洋の生きる知恵が関連してくるのである．

3. 回復の学としての森田療法

生きることは，必然的に恐怖を伴う．その必然的な不安を「自己の欲するがままに」「自己の希望に副って」操作しようするときに，われわれは苦悩の深みにはまっていく．これが我に執着した生き方，我執である．では自然に生きることとはどのようなことであろうか．それについては東洋では確固たる人生観，世界観を持っている．この思想は中国の老荘思想とほぼ重なる．ここに森田療法の骨格をなす東洋的な自然論と生きることの理解が存在する．

森田療法の人間学の根幹をなす東洋的自然論およびその対の概念である無我論が浮かび上がってくる．さらに日本独自の「おのずからなるもの」（生命論）や心身自然一元論などが含まれ，森田療法の根底の思想を形つくっている[18]．

1） 東洋的自然論と無我論

(1) 自然論

森田療法の骨格をなすものが東洋的自然論である．この自然論は，決して森田にそして日本に特

有なものではない．例えば老子は，人為を捨てたとたんに，自然はその機能を発揮し始めると指摘する．つまり人が生存発展するには，必ず自然に順応し，自然に習わなければならないとする．自然には，人知の及ばない正しい秩序を内包し，それは無私，あるいは無我の状態で出現すると考える[20]．これが森田療法でいう自然に従うこと，「あるがまま」である．従って精神療法の基本に自然と無我論をおくという考えは中国の精神科医の共感と理解を得やすかった．ここでは中国の森田療法家の多くが日本と中国における「自然観」に多くの共有する点があることを指摘している．つまり老荘思想は森田療法の哲学的背景としても極めて重要であることがわかる．

許ら（北京大哲学部）は森田療法と老子「道法自然」の思想の類似性に着目し，論じている[21]．老子は「人間は地を模倣し，地は天を模倣し，天は道を模倣し，道は自然を模倣する」と述べ，人が生存発展するには，必ず自然に順応し，自然に習わなければならないとする．これは森田の説くあるがまま，事実唯真とそのものである．また「なすべきことをなす」とは老子の「無為」即ち「理にそって事を起こす」ことで自然の法則に従って行為するとほぼ同じであるとする．

相良亨はこの東洋的自然論を「おのずから」という概念で捉え直した[22]．従来自然はおもに「おのずからな」・「おのずからに」という形容詞・副詞として用いられてきたものであり，「おのずから」いう意味内容を持つものであるとする．

そして日本における自然という意味内容は，西欧の nature あるいは今まで論じてきた中国における自然ともやや異なった日本的特徴を持つ．西欧の nature は，ものごとの本質あるいは本性を意味し，中国のそれは「他者からのはたらきは認められず，それ自身のもとからの変わることのない同一性が保持されている状態」あるいは万物の在りかた，全体の正しい連関，あるべき正しいあり方とされる．これはどちらかというと客観的なものごとの本質を問う理解の仕方である．

「おのずから」とは1）もとからもっているもの．ありのままのもの．2）もとからもっているものの（在り方の）ままに．ひとりでに．自然に．おのずと．という意味である（岩波書店『広辞苑　第四版』）．

しかし相良が指摘するように，日本では「おのずから」としての自然を見るときには，西欧的な自然つまりものごとの本質あるいは中国でいう秩序というような意味内容が含まれていない．ただ「おのずからなる」という自発的な生成の意味を中核としていることに注目すべきであろう．それは知的な解釈でなく，それをそのまま受け取り，それになりきるようなあり方であろう．つまり我執に気づき，それを捨てたときに，われわれに内包する「おのずからなるもの」が出現し，主体的行為が出現する．

相良は私と無私たらんとする心の対立に日本人のこころの根源的対立と理解した．これは明治以来とくに顕著となったこころの葛藤の基本を示している．近代的自己意識が芽生えてくると「私」「みずから」に執着し，容易に自己を捨てされない時代となった．夏目漱石の「則天去私」とは夏目漱石がいかに我執に悩み，その結果悩みの解決として，己を捨て天つまり自然に従うことに気づいたことを物語っている．

近代日本の悩む人の基本がここに示されている．私を意識し，その欲望を意識し，それに執着する人たちが鋭く自己のあり方に悩み，その解決に東洋的人間学の知恵を求めたのである．

そしてその苦悩の解決は，「自己の欲するがままに」生きようとする我執を捨てることであり，われわれに内包する「おのずからなるもの」に従って生きることである．それが即ちわれわれの固有の生を生きることである．われわれの生命的現象には，みずから主体的に生きると共に，われわれは自然という「おのずからなるもの」に生かされているというという重要な側面を持つ[18]．これは仏教でいう他力という考えにもつながるものである．それは結局裏腹な現象で，生きると共に生かされるという生命的現象にわれわれの生は規定されている．

これが森田療法で考えるわれわれの苦悩からの回復，救済であり，それは臨床的に観察されるものである．

(2)　心身一元論―日常を生きること

森田は心身の全ての現象を自然に還元する立場をとる．そこには自然への全面的な肯定があり，そ

れはまた欲望を含めた人間への楽観的肯定が潜んでいる．このような自然論は当然のことながら，西欧的二元論を否定し，心身自然を一元的に見ようとする．

そしてこのようなこころや身体の理解は，体を動かして現実の生活に踏み込むことの重視につながる．こころに変化をもたらすには，具体的な体を使った行為，行動が重要となるという認識である．これが入院森田療法の臥褥から作業への続く治療システムの理論的根拠の一つとなる．また日常の生活への関与は，そこでの極端で不自然な自分の生き方を知り，修正する作業に欠かすことのできないものである．

(3) あるがまま

森田療法の治療目標を高良は「あるがまま」として，それを次のように定義した[23]．あるがままの第一の要点は，症状あるいはそれに伴う苦悩，不安を素直に認め，それをそのまま受け入れることである．自分の感情に対するこころの態度を作るときの鍵となるものである．第二の要点は，症状をそのまま受け入れながら，本来持っている生の欲望にのって建設的に行動することである．そしてこれは単なるあきらめとは異なることを強調している．

2) 森田療法における回復論

森田はすでに述べたように，晩年に2つの事実を自覚することを説いてやまなかった[10]．それは「死は怖れざるを得ない」,「欲望はあきらめられない」である．死を怖れざるを得ないことを自覚することは，自己の限界，弱さをそのまま認め，受け入れることであり，現実の生活での足場を固めることは「欲望はあきらめられない」，つまり現実に自らの欲望を発揮し，主体的に生きることである．

それがあるがままであり，そのことは，結局固有で自然の生をわれわれなりに生きることに他ならない．それには「我執」つまり「自己の欲するがままに」,「自己の希望に副って」,「かくあるべし」と自分で自分を縛っているものから自由になることである．そのことを心理・社会的な発達課題からいえば，親からの自立と社会への自分なりの参加という思春期・青年期の課題を達成することでもある．また中年期においては，固有の生を生きることに他ならない．そして老年期には，老いをそのまま受容するとともに，自分の持つ可能性を生きることであろう．

このプロセスは次のように公式化できるだろう．われわれの苦悩は，我執の病理すなわち世界と自分自身の心と体を「自己の欲するがままにしたいこと」から生じてくる．その苦悩の修正は，1) 自己の有限を知り，2) 自然に従う（おのずからなるものに任せる），そして3) 自己の実現というプロセスを取る[18]．それは自己の存在の様式からいえば，我執から大我（無我・開かれた自己へ）の自己の変容のプロセスである．われわれが生きていく上で避けることの出来ない生老病死という現実とどのように向き合い，引き受けていくのか，を森田療法では問い，かつその解決を示しているのである．

V. 比較精神療法

ではこのように取り出した森田療法とは他の精神療法と比べてどのような特徴があるのだろうか．次にそれらを明らかにする[18]．

1. 時間と不安に対する態度から（図1）

精神分析，行動療法，認知療法，内観療法を比較した図1は，東洋と西欧の精神療法の特徴やその治療原理をよく表していると思う．不安に対する受容とコントロールという軸と，その人の問題をどの時点で捉えるのかという時間軸の組み合わせから精神療法を見て，そこから四つのカテゴリーを取り出すことができる．受容の軸には森田療法と内観療法が，コントロールの軸には行動療法，認知療法，精神分析が位置する．

時間の軸からは，過去の探索を主とするものとして東洋の精神療法では内観療法，西欧の精神療法では精神分析が取り出せるし，現在という時間軸に基づく精神療法として，森田療法，行動療法，認知療法がある．

しかし，内観療法にせよ森田療法にせよ，基本的なテーマは受容である．森田療法では，不安の受容を通しての自己受容であり，内観療法では，過去の関係を振り返ることを通した罪意識の発見と自己受容である．

過去の人間関係の探索を行う精神分析と対照的

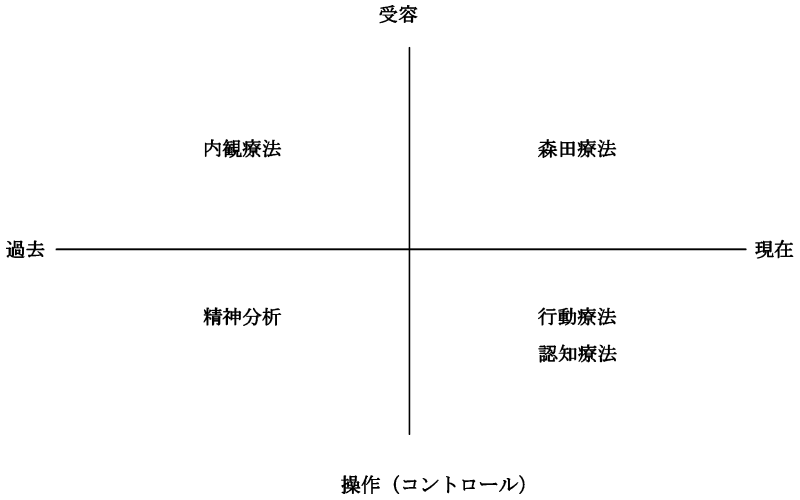

図 1.　精神療法の比較－時間と不安に対する態度から

に，今ここでの行動パターンや認知の問題点を抽出し，その修正を試みるのが，行動療法であり認知療法である．そして，精神分析，認知療法，行動療法という一見対照的な精神療法も，受容とコントロールという軸から見れば明らかに不安のコントロールを目指している．近代的な科学主義に基づき，原因探求的で，どのような方法を取っていようが，その目的は不安をコントロールし，不安そのものを減らしていくことにある．西欧社会では，不安をタブー視し，それをみずからのコントロール下に置きたいという欲求がきわめて強い．つまり，自我の強化から不安の解決を図るというのは，このことを指す．

現在を中心にすえた精神療法といえば，森田療法，行動療法，認知療法が挙げられる．それらの共通点としては，日常生活のなかでその人の問題点を抽出する視点(日常生活との連続性)，その治療の焦点がはっきりしていること（症状を行動パターン，認知の歪み，そしてとらわれと読み替えてその解決を図ること)，そして治療が短期で終わることが挙げられる．そして治療者―患者関係は精神分析と異なり，師弟関係，共同で作業を行う者という感覚に近く，その関係そのものを治療の重要な要因として取り上げない．これらの多くはまた，内観療法とも共通するものである．

2.　身体，行動，感情，認知，欲望から（図 2）

もう一つは，欲望を中心に据え，各々の精神療法が治療のなかで身体，行動，感情，認知などをどう扱っているか比較したもので，これを表に示した．表の「身体」には二つの意味がある．まず，とりあえずわれわれの頭に浮かぶ計測可能な身体である．これは血圧，脈拍，そしてレントゲンなどの画像で客観的に観察し，計測することができる．あるいは，刺激―反応という図式で捉えられるような反応のパターンである．

	身体	行動	感情	認知	欲望
精神分析	●	●	○	○	○*
行動療法	○	○	△	●	●
認知療法	△	△	○	○	●
森田療法	○	○	○	○	○**

図 2.　精神療法の比較－身体，行動，感情，認知，欲望から
○：積極的に扱う　△：時に扱う　●：扱わない
*否定的・コントロールを要する
**肯定的・発揮する

もう一つは，「身」という日本語で表される身体のあり方である．「身」は，(1) からだ･身体，(2) 自分自身，(3) 身分・分際・地位といった社会的関係，(4) その人の立場を意味する．また，その人の生き方やまごころまで意味するこころと身体の中間としてのからだである（岩波書店『広辞苑第四版』)．つまり，身体とこころ，それに社会的な関係まで含む身体的なあり方といえる．

「行動」は日常生活でのわれわれの行動様式をさし，一般には計測可能であると理解されている．森田療法ではすでに述べたように行動とは単に計測可能なものであるとは考えない．生きることの動きを示すもので，そこからわれわれは自分の感情や欲望，さらには周囲の世界への関係の仕方を知ることが出来る．われわれが生きることはさまざまな連鎖の中の動きであり，行動もその動きを示すひとつである．

「感情」としてあるのは，その時々に周囲の刺激に対して起こる感情の状態を指す．これはその人の認識，昨今の言葉でいえば認知と，また過去の体験とも関係し，ものごとを理解する基盤になるとともに，その人の欲望とも関係している．

欲望とは何かをほしがる気持ち，それを満たそうとする思いである．人間の欲望は，自己保存欲求，つまり生きることそのものを支える欲望が基本になっていて，そこには本能的欲望から社会心理的欲望まで広汎な欲求が含まれる．そこからさまざまな欲望が派生するわけで，森田療法ではそれらを一括して「生の欲望」と呼び，それが恐怖を生むのだと理解している．

欲望が人間の苦しみを生むと理解するのは，どの文化でも変わらない．その欲望をどう理解し，われわれのこころにどう位置づけるか．人間とはどのように理解すべき存在なのかというこの問いに対する答えは，文化や社会の違いに大きく影響され，それが精神療法の本質的な違いにつながっていく．

ある出来事や対象について，知的な理解，知識をもつのが「認知」である．一般に，認知には感情と欲望が絡んでいて，人は純粋に思考だけでものごとを理解することはない．認知された内容は主に言語によって裏付けられるが，その概念を積極的に取り上げ治療に用いるのが○，ときにそれを用いるのが△，それと無関係に治療を行うのが●である．

表には精神分析，行動療法，認知療法，森田療法と並べてある．まず西欧の精神療法を見てみよう．精神分析と行動療法を比べると，精神分析で●になっているところが行動療法では対照的に○である．唯一，「感情」のところが精神分析で○，行動療法で△になっていて，ほぼ対極的な精神療法であることがわかる．

精神分析では，身体や行動は概念としても実際にも治療には使わず，主として欲望，感情，認知を扱う．つまり，閉ざされた空間である面接室で，言語を中心とした治療者とのやりとりを通して，無意識的欲望の探索とその意識化が図られる．ここでの欲望は自分の存在を脅かすものととらえられる．そこは身体や行動，つまり日常性とは無縁の世界になっている．

行動療法では，心身の現象を刺激―感情反応という単純な枠組みと計測可能という観点から解析し，説明しようと試みる．当然のことながら，計測が不可能な欲望という概念はここにはない．さらに，行動療法は学習理論に基づいて組み立てられているが，認知・認識という領域には積極的なアプローチをせず，そこは認知療法になってはじめて対象として取り上げられる．

認知療法は認知の歪みがある感情を引き起こすと理解するため，行動療法よりむしろ精神分析に近くなる．認知療法では，認知と感情に○が，身体と行動に△が，そして欲望に●がつく．つまり，欲望を扱わないこと，身体と行動を治療に用いるのが，精神分析と異なる点である．主として認知と感情を扱い，身体と行動を治療に利用するのが認知療法ということになり，認知行動療法ともいわれる所以はそこにある．

ここで明らかになったことを治療技法に引き寄せて言えば，精神分析では治療者―患者関係がきわめて重要になる．過去の不適応的な情緒関係，特に親子関係が治療者―患者関係に移し替えられ，その修正と洞察がきわめて重要になってくる．そこでは，いま現在われわれが生きている現実はとりあえず問題にされない．

行動療法や認知療法は，不安や恐怖，あるいは抑うつといった症状の直接的な改善を試みるので，症状が起きている生活環境を重視する．今ここでの生活空間を治療の舞台に据え，日常生活での行動や認識の反復を重視し，その直接的修正を図ることを治療の焦点にしている．ある意味では，常識的な治療法といえよう．したがってここでは，開かれた生活空間と日常との連続性が重んじられる．

さて，森田療法はどのように位置づけられるだ

ろうか．森田療法での治療の焦点は，感情と欲望であり，それらはそのまま身という概念も含んだ身体，行動と密接に関係している．そしてここでの欲望は発揮するものとしてとらえられる．これは，生きることのダイナミックスを重視することとつながる．したがって，身体，行動，感情，認知，欲望が○になるが，これは森田療法が心身一元論をとり，それゆえ計測可能な身体よりも身，行為，感情，認識（認知），欲望という人間の連鎖，あるいは全体に働きかけ，治療しようとする森田療法の特徴をよく表している．これが西欧の精神療法に比べて，全体的，統合的ともいえるし，逆に焦点があいまいである，ともいわれるゆえんであろう．

この精神療法は，まず行動を扱う点で行動療法と，認知を扱う点で認知療法と重なり，この二つの精神療法と共通するのは，日常の生活空間を利用して，あるいはそことの連続を意識して治療を行うことである．

しかし森田療法に欲望論があるところは他の二つの精神療法とはっきり異なっていて，この点は精神分析と共通している．森田療法は常に人間全体，つまり生きることそのものに治療の焦点を定めているために，時に難解で取っつきにくい，明確化にかけるという批判もあり得よう．これらに関した，さらなる理論化が森田療法には要請されるだろう．

VI. 森田以後の森田療法の歩み

1. 森田以後の世代的人脈―慈恵医大を中心に

藤田によれば，「森田療法の伝統と学風」に関わる世代的人脈として，森田正馬が第一世代，高良，佐藤（政），野村，竹山，宇佐，長谷川（虎），掘田（繁），鈴木（知），中川（四）諸氏が活躍した時代が第二世代に当たる[24]．この世代は，森田から直接指導や影響を受け，森田と人間的に深い関わり持った人たちである．

この世代の代表である高良武久（慈恵医大名誉教授）は，昭和13年（1938年）4月に病床にあった森田に代わって日本精神神経学会で宿題報告を行った[25]．その報告を聞いた森田は非常に喜び「日本人にも独創的な仕事が出来るじゃないか」といい，「こんな嬉しい報告をきき，弟子にかこまれて死ぬのは大往生だ」と微笑んだという．森田が死ぬ一週間前の出来事だった[26]．高良は，森田の後継者として，森田理論の整理，洗練を行うと共に，高良興生院での入院森田療法の施行と第三世代の育成（興生院が森田療法のトレーニング施設であった）を行った．そして第二世代からその伝統と学風は藤田をはじめとして，阿部，近藤（章），近藤（喬），高橋，高木，大原，藍沢，飯島，清水，青木（薫），増野，岩井，丸山らの諸氏に引き継がれたのである．日本森田療法学会，国際森田療法学会の設立や運営に指導的役割を果たしたのが，第二世代の高良と第三世代の大原らを代表する複数の人たちの協力だった[24]．

さらにその「伝統と学風」を引き継いだ第四世代が存在する．慈恵医大第三病院で研鑽を積んだメンバーに限れば北西，長山，立松，中村（敬），橋本，久保田などがこの第四世代に含まれ，また森田療法の医学史的研究を精力的に取り組んでいる中山もこの世代に属する．そしてこの森田療法センターは，第四世代の中村（敬）を中心に，さらに第五世代が担っていくことになる．

2. 慈恵医大における発展

ここでは森田療法センターの母胎となる慈恵医大第三病院森田療法室に関する三つの重要な出来事と考えられることについて述べてみたい．最初の出来事は，1972年に新福（慈恵医大元教授）が大学当局と話し合い，慈恵医大第三病院に森田療法室を設置したことである．新福の目的は以下の三つのものであった[27]．一つは，神経質患者の治療である．二つは，教育研修であり，森田療法の基本的技法や精神を習得しておくことは，いやしくも本学の籍を置く者にとっての不可欠の要請と考えられた．三つは，研究である．われわれはあまりに多くのことが，未解明のままに残されていると考えるので，日々の診察を通じて，徹底的にそれらの問題を研究する必要があると思った，と述べている．この施設にかける新福の意気込みが伝わってくる文章である．筆者が第三病院に赴任した際にも，新福より上述の森田療法室の使命が伝えられた．

次いで重要な出来事は，森（慈恵医大元教授）の尽力により，名取理事長（当時），阿部学長（当時）

の理解を得て，慈恵医大創立100年記念授業のひとつとして，1984年11月に新森田療法棟が作られたことである．その記念シンポジウムで，森は「この新装なった立派な森田療法棟におけるわれわれの新しい出発にさいし，一層心を引き締め過去，現在，将来を展望すべく記念シンポジウムを計画しました」と述べ，これが慈恵医大の森田療法のさらなる発展の出発点としたのである[28]．そしてこの新病棟での治療，研究を通して新しい森田療法の模索が始まった．そこには入院森田療法の治療効果の検証，入院治療の場（治療構造）の明確化，つまりその治療構造を言語化し，これらを通して森田療法理論の再検討する試み，また治療者の態度としての不問（患者の症状を取り上げないこと）の治療的意味をめぐってなどの活発な議論が含まれる．それらの成果は，森温理による「森田療法の研究―14年間の入院例を通して」(第83回精神神経学会会長講演・1987年)[29]や「森田療法の研究―新たな展開をめざして」(森，北西編集1989年)[30]として発表された．これらの論議と治療上の経験が次の重要な出来事に結びついていった．

それは1998年に外来での森田療法家を育成しようとする4年間での研修プログラム（森田療法セミナー）が企画され，スタートしたことである[31]．この研修プログラムは，いわば第三世代と第四世代の協力によってなされることになった．その母胎となったのが，近藤（喬）の呼びかけで発足した東京森田療法研究会で，その主なメンバーは，藤田，近藤（喬），阿部，藍沢，増野，北西，中村（敬），立松，橋本，久保田などであった．

森田療法研修プログラムは以下のような形式で行われ，現在では東京のみならず，札幌，岩手，大阪(2008年スタート予定)，福岡で行われるようになった．

それらは1年目の講義形式の森田療法セミナー，2年目のアドバンスコース(ケーススーパービジョン)，3-4年目のスーパーアドバンスコース(ケーススーパービジョン)からなる．そして日本森田療法学会認定医・心理療法家の資格を得るためのサポートを行う．

これと連動する形で，森田療法は新しい展開を見るようになった．一つは，森田療法が入院のみならず，外来でも積極的に行われるようになったことである．それは精神医学以外の人たちへ森田療法の伝達の可能性をもたらした．実際，皮膚科，歯科領域，あるいはカウンセリング領域（臨床心理士，スクールカウンセラー，学生相談)，産業精神衛生，ターミナルケアーなど慢性の身体疾患への心理的援助など幅広い領域への応用が可能で，効果があることもわかってきた．

さらに森田療法の国際化の動きである．メンタルヘルス岡本記念財団岡本常男会長の尽力で中国に森田療法が積極的に紹介され，中国での有力な精神療法の一つとなった[32]．また英語圏内でも森田療法が単に興味の対象でなく実践し，効果のある精神療法と認められるようになった．

VII. 現代における森田療法の可能性

1. 神経症概念の解体と脳還元主義

現代社会のグローバリゼーションの流れと同様に，日本における精神医学の動向はアメリカ精神医学一辺倒の様相を呈している．そこでは神経症性障害の概念と治療について3つの特徴が見いだせる[33]．

一つは，神経症の解体（米国精神医学会．精神疾患の診断・統計マニュアル第三版）と細分化である．不安障害では，二つのことが1990年代から顕著な傾向として認められるようになった．神経症概念がDSM-IIIで解体され，心因概念が放棄され，不安障害とその関連障害という形で記述されるようになった．そして脳科学の発展とともに，細分化された病名が登場し，それに対応した生物学的な基盤が主張されるようになった．向精神薬(広義)の臨床的効果と脳内の神経伝達物質の変化が結びつけられ，それらはしっかりとした根拠を持っているものとして主張されるようになった．

他は，神経症性障害の脳機能障害への還元とそれに結びついた薬物療法の隆盛（特にSSRI）である．特に1990年代に登場したSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）は，その名が示すように選択的にセロトニン経路に働き，副作用も少ないので「きれいな」薬と呼ばれ，幅広い対象に効果を持ち，アメリカを始め多くの国で熱狂的に迎えられ，広く用いられるようになった．現在何百

万というアメリカ人がSSRIを服用しており，さらに不安障害とその周辺の障害に対してこの薬で治療されている例が増えているといわれる．

そしてそれと共に．いわば「苦悩の過度な医療化」が起こってきた．不安障害の診断と治療（気分障害と共に）はより軽症例を含む方向に進んでいるような印象を受ける．特に，社会不安障害，全般性不安障害，PTSD（外傷後ストレス障害），急性ストレス性障害などはわれわれが生きるに当たって体験される人生の苦悩と結びつくだけに，それらを際限なく広げることが可能である．そしてSSRIは軽症から中等症のうつ病や各種の不安障害に対して幅広く臨床的な効果を示すといわれている．筆者は安易な不安障害や気分障害の概念や治療対象の拡大，あるいはサブクリニカルな例への治療の拡大，特に薬物療法の対象とすること，つまり医療化することには危惧の念を持っている．

それは以下のような理由による．森岡がその著書「無痛文明論」で指摘するように[34]，われわれの社会でも生きることに伴って感じる苦悩・つらさを注意深く遠ざけ，快に満ちあふれた社会のなかで，人々はかえってよろこびを見失い，生きる意味を忘却してしまうのではないか．そして社交的である，自己主張的であること，そして成功することが私たちの社会の重要な価値として定着したときにはどのようなことが起こるのだろうか．このような社会では，今まで自分なりに受け入れようとしてきた，生きるにあっての不安，落ち込み，さらには内気，繊細さ，他者配慮性，完全主義的などの性格特性がマイナスなものとして浮かび上がらせ，それらもまた薬物療法（SSRI）の対象になるのであろうか．そのような経験が避けがたいと思えればこそ，人間的な深い悲しみ，苦悩，そしてそれらを通した他者への共感，愛を感じることができるであろう．

さらにわれわれの自助的な努力，さらにはその背後にあると考えられる自然治癒力を尊重し，信頼することは病からの回復の最も重要な視点であると筆者は考えている．それがまた高木や森田の治療的態度であろう．これらの努力や自然治癒力の軽視は，治療者の万能的コントロール欲求と結びつきやすいだろう．そして症状をより完全に取り除くためには，大量で持続的な薬物療法に治療者が頼ってしまう可能性もあるだろう．

それはまた治療を超えた増進的介入の勃興（Kramerのいう「美容精神薬理学」）を招く危険性がある．クレーマーはその著作，「驚異の脳内薬品」（原題は『Listening to Prozac（プロザックに傾聴）』）で次のようにプロザックの効果について述べる[35]．「プロザックは，いつもおずおずしている人に自信を与え，感じやすい人を大胆にし，内向的な人にセールスマンのような社交術を教えるかに思えた．…用心深く引っ込み思案になって不器用な暮らし方をしていた患者が，薬物治療によって実に柔軟な態度で積極的に活躍するのを見て，西欧社会ではある社交形式が他に比べてよしとされているとの印象を私はますます強くした．…この効力に対する私の記憶コードは『美容精神薬理学』である．」

クレーマーはプロザックを「性格を変える薬」であるとし，競争の激しいアメリカのビジネス社会で成功の源となる「気分高揚」をもたらすと指摘する．プロザックを服用することで社会的成功を手に入れたある患者は，薬をやめて八ケ月後に「私が私じゃないみたいなんです」と言ったという．自信喪失や傷つきやすい心を少しでも感じると，もう自分ではないように思うとその患者は言った．

この薬は「気分明朗剤（mood brighteners）」とも呼ばれ，情動耐性を増すことができる．病を治療するという枠組みを超え，通常は病と見なされない，あるいはその周辺群を薬物で気質，性格，気分を変えることによってその社会での適応を手に入れられるようにしようとするのである．その手段がプロザックである．これらは増進的介入（Enhancement）といわれ，通常の医学的介入である治療（Treatment，Cure）に対比される．これらの見解は，アメリカでも激しい賛否両論を巻き起こした．

島薗によれば，1990年代以降，次第に重要性を増してきた生命倫理の問題に，増進的介入の是非と限界をめぐる論議がある[36]．アメリカでは2003年にブッシュ大統領のもとの生命倫理委員会（委員長Leon Kass）が『治療を超えて』と題した報告書を公にし，この問題について正面から取り組んでいった[37]．そこではバイオテクノロジーの治

療を超えた利用は幸福の追求に役に立つのか，という問いかけが行われた．増進的介入として，1）より望ましい子供（生み分けや子どもの振る舞いの改良），2）優れたパフォーマンス（バイオテクノロジーによる筋肉増強など），3）不老の身体，4）幸せな魂（記憶と気分の操作）に分けて論じられている．

増進的介入の気分操作について批判として以下のことが挙げられる．

1） SSRI によって得られた幸福は，本当に自分自身のものであるのか，
2） 心の痛みをなくそうとする試みは，苦しむべきときには苦しむ能力を失わせ，愛の深さからも遠ざけてしまう危険がある，
3） SSRI は，不幸や惨事の経験から学ぶ能力や他者の苦境に共感する能力を失わせる．私たちは精神的苦痛から自己改革，向上への意欲がわくのである，
4） 自己理解の医療化の危険性，つまり典型的に人間的であると見なされてきた気質が医療化され，病の領域の拡大傾向と病の原因についての還元主義的な考え方が強まってくる，
5） 活動がなければ幸福もないし，薬瓶から生み出された孤立した喜び，満足，気分の明るさは幸福の貧しい代用品にすぎないのではないか，
6） SSRI のもたらす危険は，個人がもっぱら自分自身の心の状態に関心を向けるようになり，また自分の価値が他者の目や競争社会での成功だけではかられることである．いわば「気分明朗社会」をもたらす危険性である．

このように Kass が警鐘を鳴らした時代的状況にわれわれは生きているのである．そこでは合理的な思考が尊ばれ，苦悩することや不安，抑うつなどの不快な感情は注意深く取り除こうとされる．そしてすでに述べたように悩む人たちに対してさまざまな精神医学からの病名がつけられ，それらはまた薬物療法の対象とされる．しかしこのようなことからわれわれの生きるに当っての苦悩が解決されたわけでない．むしろそれらの苦悩はわれわれの人生から切り離そうとすればするほど逆にその力を増していくようである．

しかし一方ではわれわれは，精神障害の生物学的基盤についても，心理学的な理解についても部分的な知識しか知らないのである．このような時代的背景から島薗のいう近代日本における癒しの系譜はまた現代に再び脚光をあびようとしている[38]．そしてそこでのキーワードは回復であり，自然治癒力の重視であり，病と回復の持つ意味の探求であろう．

2. 原因探求モデルから回復モデルへ

いわゆる科学的思考がもたらすグローバリゼーションとは異なった視点が森田療法からもたらされる可能性を指摘しておこう．それは原因探求が必ずしもその回復に直結しないという考え方である．筆者はさまざまな苦悩を持つ人たちの回復過程を検討したことがある[39]．そこで取り上げたのは，神経症的人間（「かくあるべし」という人生の前提に縛られた人たち），対象喪失者（喪の作業を必要とする人たち），アルコール依存者（パワー幻想を持った人たち），そして頚髄損傷した人（四肢が麻痺した人）であった．つまり疾病論的には異なった原因が想定される不安障害者（現在ではさらにそれらが細分化され，異なった病因が考えられ，それに沿った薬物療法が用いられている），喪失体験者，アルコール依存者そして脊髄損傷者の回復プロセスを検討し，それらの回復プロセスが驚くほど似ていることを見いだした．

これらの病はわれわれが人生で遭遇する生老病死という苦悩に該当し，その原因がどうであれ，人の回復プロセスは共通の構造を持つ可能性を指摘した．その回復のプロセスを森田学派ではいち早くとらえていたのである．

VIII. 終わりに当たって
―森田療法センターに期待するもの

1. 第二のグローバリゼーションと森田療法センターの役割

中村雄二郎によれば[40]，明治時代にわが国に西欧哲学が西欧文明の本質的部分として導入されたときに，ある深刻な問いが発せられた．東洋や日本の伝統的思想が果たして〈哲学〉に値するものを生み出してきたかどうか，が問題にされたので

ある．ここでいう西欧の伝統的な哲学の知の前提はロゴス中心主義である．これはあらゆる意味でのロゴス―話された言葉，神知，至高の理性，合理性，人間理性の代表的形態としての意識など―が常に真理の最終の根拠として持ち出されるあり方である．

そして哲学とは，第一に論理的学問の知としての側面，第二に世界観・人生観としての側面があり，西欧の哲学は論理的な学問知として普遍性を獲得した．そしてそのような知のあり方が近代科学を生み出した．それに対して日本や東洋の伝統的思想では，第二の側面への傾斜が著しく，従ってこれらが哲学とよびうるであろうかという問いが発せられたのである．このような圧倒的な普遍性を獲得した西欧の知は，当時の知識人にさまざまな影響を与える．これが第一のグローバリゼーションであり，西欧の知に一方では咀嚼して取り入れながら，他方では自らよって立つ知のあり方をその時代の人たちは問うたのである．このような西欧の知に対する答えの一つが，西田の哲学であり，その思想を中村は，唯物論，仏教的な無の思想，自己意識の立場とまとめた[40]．これらはいわば土着，ローカルな知のあり方である．森田自身も当然この時代の申し子である．この知のあり方を治療論という形で表したのが森田療法である．唯物論は心身一元論あるいは精神は身体の作用であるという理解に結びつく．そしてこのような精神や身体の理解は，当然身体的行為論へと結びついていく．つまり精神への変化をもたらすには，身体的な行為の関与が重要となるという認識である．

また仏教的な無の思想は，西欧的な自我のあり方からいわば東洋的な自己への転換に導く．そしてそれらは森田療法の自然という考え方に結びつく．

しかし忘れてならないことは，この西欧の知との出会いがなければ，森田療法も生まれなかったという事実である．

そして現代は第二のグローバリゼーションの時代である．そしてこの第二のグローバリゼーションとの対決と対話を通して，お互いの相補性が自覚されるのではないだろうか．それらが相まって全人的な治療へと現代の精神医学さらに精神療法学が進歩するのではないだろうか．この過程で土着的，ローカルな森田療法が逆にある種の普遍性を獲得していくのではないか，と筆者は考えている．そしてここに森田療法センターの今日的な役割があると思われる．

2. 森田療法センターに望むこと

世界で唯一の存在である森田療法センターに望むことを簡単に述べて本論の終わりとしたい．新福に倣って[27]，診療，研究，研修の3点から述べることにしたい．

診療をめぐっては，森田が治療の対象として，神経質の精神病理の再検討と共に，その普遍的な悩みの構造を明らかにする試みから，いわゆる神経質概念を超えて，新しい精神病理の展開を期待する．そしてその治療対象として，不安障害，気分障害そしてその周辺領域を射程に入れながら，さらに生老病死という現代人の苦悩に切り込んでいってほしいと思う．またさまざまな慢性の身体疾患（歯科疾患，皮膚科疾患，その他の慢性疾患）への援助やスピリチュアル・ケアと森田療法の新しい可能性を展開してほしいと思う．

また治療のシステムとして，時代にあったダイナミックで柔軟な治療モデルの構築が必須であろう．それは従来の入院モデルを超えて，外来，入院，自助グループ，さらにクリニックとの連携など，新しい森田療法の治療モデルが必要だろうと考えている．

教育として，各地で展開している森田療法セミナーと連携して研修モデルの開発・発展の要を担ってほしい．特に中核的な人材を育成するためにも入院施設での研修が重要となろう．また外国人研修生の受け入れ，森田療法学会研修委員会との連携，協力，国際化のセンターなどの役割など，森田療法センターにこの面でも期待することは多い．

研究としては，すでに中村敬らが中心に日本森田療法学会の委託を受けて，森田療法の治療効果の検証を行い[40]，さらに外来森田療法のマニュアル化に取り組み，着実に成果を上げている．さら肉付け作業として，比較精神療法，治療対象の拡大とその技法の開発，そしてそれが成り立つ理論的根拠の明確化，薬物療法との関係など，精神医学の先端を担う大学付属のセンターとしてその役

割は大きなものがある．

現在では精神療法の名のつくものが200を超えるといわれ，大部分は西欧からのものである．精神療法も大競争の時代となり，それぞれがまずおのれのよって立つ原理をしっかりと自覚し，その治療技法を明確にし，それらを時代にあった柔軟のものとし，それを伝達して行かなくてはならない時代となった．それらが森田療法でなされていけば，精神療法大競争時代を生き抜くことが可能となるばかりか，ローカルな知の再発見を通して，新しいパラダイムの転換の役割を担うことが可能となろう．それがこの精神療法をより魅力的なものとし，次の時代，つまり第五世代の森田療法家にバトンタッチすることで出来るだろう．それと共にこれらの研究がWhyでもHow toでもない第三の精神療法としての森田療法を確立させ，欧米の精神療法と異なるパラダイムの提供と相互交流を可能とするだろう．

本論は，平成19年5月19日に行われた東京慈恵会医科大学森田療法センター記念式典の記念講演をもとに書かれたものである．

文　献

1) 中山和彦．ドイツ医学とイギリス医学の対立が生んだ森田療法．慈恵医大誌 2007；122：279-94.
2) 松田　誠．高木兼寛伝．東京：講談社；1990.
3) 松田　誠．高木兼寛の脚気栄養説についての一，二の問題．慈恵医大誌 2006；121：315-21.
4) 内村祐之．わが歩みし精神医学の道．東京：みすず書房；1968.
5) 瀬住光子．日本的思惟．中村　元 監修．峰島旭雄 責任編集．東京：東京書籍；2000. p. 191-2.
6) Ellenberger HF. The discovery of the unconscious. New York：Basic Books Inc.；1970. 木村　敏，中井久夫 監訳．無意識の発見(上)．東京：弘文堂；1980.
7) 野村章恒．森田正馬評伝．東京：白揚社；1974.
8) 森田正馬：神経質ノ本態及療法．高良武久 編集代表．森田正馬全集．第2巻．東京：白揚社；1928/1974. p. 283-442.
9) Jones E. The life and work of Sigmund Freud. In：Trilling L, Marcus S, edited and abridged. New York：The Basic Books Inc.；1961. 竹友安彦，藤井治彦 訳．フロイトの生涯．東京：紀伊國屋書店；1969.
10) 森田正馬．第12回形外会．高良武久 編集代表．森田正馬全集．第5巻．東京：白揚社；1931/1974. p. 110-9.
11) 水谷啓二．真人間の復活(第二六回)．生活の発見 1966；72：20-6.
12) 飯田　真，中井久夫．天才の精神病理．東京：中央公論社；1972.
13) 皆川邦直．自我心理学派．松下正明 総編集．臨床精神医学15．精神療法．東京：中山書店；1999. pp. 21-34.
14) 中村　元．東洋人の思惟方法3．中村　元 選集第3巻．東京：春秋社；1962.
15) 北西憲二．森田とフロイト―人間理解の方法論をめぐって．北西憲二，皆川国直，三宅由子，長山恵一，豊原利樹，橋本和幸 著．森田療法と精神分析的精神療法．東京：誠信書房；2007.
16) 新福尚武．森田療法で起こりがちな“精神療法的副作用”．精神療法 1980；6：16-23.
17) 北西憲二．知の体系としての森田療法・II―認知療法との比較から―．精神療法 2003；29：715-22.
18) 北西憲二．我執の病理―森田療法による「生きること」の探求．東京：白揚社；2001.
19) 中村　元．原始仏教―その思想と生活．東京：NHKブックス；1970.
20) 森三樹三郎．老子・荘子．東京：講談社；1994.
21) 許　抗生，王　建華：森田心理療法と老子．「道法自然」の思想．メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集 1990．1991；3：287-92.
22) 相良　亨．日本の思想．東京：ペリカン社；1989.
23) 高良武久．森田療法のすすめ．東京：白揚社；1976.
24) 藤田千尋．高良武久・森田療法関連保存会をめぐる人脈的交流と森田療法．高良武久先生を支えた人たち．高良武久・森田療法関連保存会 編．野村章恒先生と竹山恒寿先生．東京：2006. p. 65-93.
25) 高良武久．神経質ノ問題．第37回日本精神神経学会総会宿題報告．精神神経誌 1938；42：743-56.
26) 高良武久．森田先生を偲んで．森田正馬生誕百年記念事業会 編．形外先生言行録．森田正馬の思い出．東京：森田正馬生誕百年記念事業会；1975.
27) 新福尚武．第1巻の発刊にあたって．森田療法室紀要 1979；1（創刊号）：1.
28) 森　温理．新森田療法棟竣工記念シンポジウム「私と森田療法」．森田療法室紀要；7：1.
29) 森　温理．森田療法の研究―14年間の入院例を通して．精神神経誌 1987；89：648-60.
30) 森　温理．北西憲二 編．森田療法の研究―新たなる展開をめざして．東京：金剛出版；1989.
31) 北西憲二．各学派における若手訓練の実情と問題

点―森田療法―．精神療法誌 2000 ; 26 : 145-9.
32) 岸美勇美．運命は切り開くもの．東京 : 文芸社 ; 2008.
33) 北西憲二．不安障害の薬物療法の限界と精神療法の役割．臨床精神病理 2006 ; 9 : 1775-81.
34) 森岡正博．無痛文明論．東京 : トランスビュー ; 2003.
35) Kramer PD. Listening to Prozac. New York : Viking Penguin Inc. ; 1993. 堀たほ子 訳．驚異の脳内薬品―鬱に勝つ「超」特効薬．京都 : 同朋舎 ; 1997.
36) 島薗 進．増進的介入と生命の価値―気分操作を例として．生命倫理 2005 ; 15 : 19-27.
37) Kass LR, Safire W. Beyond Therapy : Biotechnology and the Pursuit of Happiness. A Report of the President's Council on Bioethics. New York Washington, D.C. : Dana Press ; 2003. 倉持 武 監訳．治療を超えて．バイオテクノロジーと幸福の探求．大統領生命倫理評議会報告書．東京 : 青木書店 ; 2005.
38) 島薗 進．〈癒す知〉の系譜―科学と宗教のはざま．東京 : 吉川弘文館 ; 2003.
39) 北西憲二．知の体系として森田療法・V―回復という視点から．精神療法誌 2004 ; 30 : 319-26.
40) 中村雄二郎．西田哲学．中村雄二郎著作集 VII．東京 : 岩波書店 ; 1993. p. 7-10.
41) 中村 敬，久保田幹子．森田療法の効果をどう評価するか―慈恵医大入院症例に関する中間報告―．森田療法学会誌 2002 ; 13 : 45-9.