

森田療法におけるヒポコンドリー性基調と精神交互作用について

豊 泉 清 浩

キーワード：森田療法、精神療法、神経質

はじめに

- 1 森田正馬の体験と森田療法の誕生
 - 2 神経質の本態
 - 3 森田療法の原理
 - 4 入院森田療法の展開
- むすび

はじめに

森田療法は、東京慈恵会医科大学精神科初代教授であった森田正馬^{もりたしょうま}（1874－1938）によって創始されたわが国独自の精神療法である。森田は、東京帝国大学医科大学において、わが国の精神医学の基礎を築いた呉秀三（1865－1932）のもとに学んだ。呉は、ドイツのクレペリン（E.Kraepelin, 1856－1926）のもとで精神医学を学んだので、森田は呉を介してクレペリンの精神医学の研究方法を身につけたことになる。森田は、試行錯誤を重ねたのち、1919（大正8）年に、神経質を対象とする特殊療法を創案した。森田療法は、臥褥療法と作業療法とからなる家庭的療法である。

本稿では、まず、森田が神経質に対する特殊療法を考案する際に、治療の原理の着想を得た自分自身の体験について言及する。森田は、偶然の出来事から着想を得たが、それが、森田が身につけていた精神医学を中心とする学問的素養と直結することになる。それから、理論の根幹にある「ヒポコンドリー性基調説」について考察し、また症状の発症にかかわる心理機制である

「精神交互作用」および「思想の矛盾」について考察する。さらに、感情の法則や、入院療法の展開も見ておきたい。

森田療法の治療原理の根底には、ヒポコンドリー性基調を陶冶することによって、神経質者は症状を克服し、人間的に成長するという考え方がある。それゆえ本稿の目的は、森田療法理論におけるヒポコンドリー性基調説および精神交互作用説を中心に考察するとともに、森田療法の根幹にある最も重要な目標である、ヒポコンドリー性基調の陶冶の意味を明らかにすることにある。

1 森田正馬の体験と森田療法の誕生

森田療法は、単に偶然に形成されたものではなく、森田自身の神経質な性格と神経症の症状による苦しみ、精神医学者・精神科医としての科学的視点、東洋哲学に対する強い関心、そして彼の努力、忍耐、創意工夫、このようなことが関連し合って結実したものである。しかしこれだけではなく、森田療法の誕生には、森田自身の体験が大きな契機となっているといわれる。その二つの出来事を、森田正馬の歩みの中に見ておきたい。

森田正馬は、1874（明治7）年、高知県に生まれた。富家尋常小学校卒業後、高知県立中学校に入学したが、頭痛持ちで、病弱であり、心臓病といわれて留年したため、5年で卒業すべきところを、8年かかって卒業した。中学5年の時、心悸亢進を伴う不安発作に襲われた。神経質な性格で、哲学に関心があった。1896（明治29）年、22歳で従妹の田村久亥と結婚した。熊本第五高等学校を卒業後、1898（明治31）年9月に、東京帝国大学医科大学に入学した。大学時代に、正馬は、森田療法の誕生に関係する、重要な出来事を経験する。

1899（明治32）年25歳、寄宿舎にいる時から、大学病院で神経衰弱および脚気といわれ服薬を続けていた。春休みは住田という友人と共に箱根に転地したこともあった。試験前になっても病気のため思うように勉強することができず、補欠試験を受けることにしようかと思ひ煩っていたところ、同級生

の伊達が訪ねて来て、不利益を被ることを説き、受験を勧めてくれた。しかも、当時久しく父親より送金のないことに甚しく怨み憤り、父に対する面当て半分に、自ら服薬をやめ、思い切り試験の勉強をした。すると意想外にも脚気及び神経衰弱症にはさほどの影響もなかった。119人の内25番となり、受験を勧めてくれた友人とその成績に著しい隔たりがあるほどだった。この出来事は、正馬にとってまさに「必死必生」の体験であった。『生の欲望』の中で次のように記している。

「余の医科大学、一年級の大半は、同学の内科にかかって、殆んど医薬を離れた事なく、診断は神経衰弱症と脚気との合併であった。既に試験期に迫っても、其準備が出来なかった為に、追試験を受ける積りであった。一友人は、其不利益を挙げて、試験を受けるように余に忠告して呉れた。折しも二ヶ月許り前から、國元からの送金がないので、甚だしく恨んで居る処であったので、余は此時、父に対する腹立ちまぎれの面当に、死を決心した。即ち全く医薬を廃して、思い切って無理やりの勉強をした。其結果、試験は却って上成績となり、今迄の病症も、何処へやらいつてしまった。是に於て余は、従来の病症は、脚気でもなく、神経衰弱症でもなかったという事を実証した。それは余の生来の神経質から起った精神的の症状であったのである。余は此経験によって、所謂必死必生という事を体験した。今にして思えば、斯かる事は、一般の人々から見れば、極めて些々たる事であろうけれども、余の為には、實に余の人生観の一大転機であったのである。」¹

この必死必生の体験は、正馬の症状が脚気や神経衰弱ではないということ、つまり体が疲れていたり、神経が疲れていたりするものではなく、神経質から起こった精神的の症状であり、神経質は先天的素質であるとの自覚に至る重要な契機となった。つまり、それは正馬にとって、当時の自分の神経衰弱を克服する一大転機となったとともに、のちの森田療法の理論形成の端緒となった重要な体験であったことを意味している。この出来事ののちに、父親より、養蚕が忙しかったため、送金を忘れたと金が送られてくるのである。

1902（明治35）年、森田は、医科大学を卒業し、精神科を志望したので、

直ちに巢鴨病院医局に入った。1903（明治36）年2月、東京帝国大学助手となり、巢鴨病院で、呉秀三の指導のもとで経験を積む。同年6月、根津須賀町に転居し家を借りて内職の開業をしたが、患者が集まらず止めてしまう。同年9月、東京慈恵会医院医学専門学校教授となり、一週一回精神病学の講義をした。同年12月、東京帝国大学大学院に入学し、精神療法を専攻した。1906（明治39）年2月、生涯住むことになる本郷蓬萊町に転居した。同年11月、大学助手を辞し、12月根岸病院顧問となる。

森田は、当時、神経衰弱といわれていた症状の治療のために、さまざまな試みをし、試行錯誤を続けた。独学で催眠術を学び、実施してみたが、うまくいかずに止めてしまった。ビンスワンガー（O.Binswanger,1852-1929）の生活正規法を応用して実施したりもした。やがて、森田療法の誕生にとって、もう一つ重大な出来事を経験する。

森田が、神経質に対する療法を実行し始めたのは1919（大正8）年からであるが、その年、巢鴨病院の永松婦長から長く神経衰弱に悩んでいると相談を受けた。森田は、永松婦長が、派出看護婦会を始めるとその顧問となって講演を引き受けたり、永松婦長とは親しい間柄であった。そこで正馬は、妻と相談して、その年の四月に、永松婦長に、転地保養のつもりで、正馬の家に来てはどうかと勧め、家の二階に同居してもらうことにした。ところが、家の掃除などを手伝ってもらっている内に一か月余りで、永松婦長の症状は軽快し、勤務に堪えるようになった。これが動機となって、正馬は家庭的療法を思いついたのである²。つまり、正馬は、大学時代の自分の必死必生の体験を思い出し、その体験とこの出来事を結びつけ、神経衰弱といわれるものは、体が疲れ弱っているのではなく、患者の主観によるものであり、家庭生活における作業を通して症状に執着しない状態を作り出すことができるという点に着目したのである。家庭的療法というのは、治療者の家族の一員として、家庭的雰囲気の中で、日常の生活を通して、精神療法を受けるという意味である。家庭的療法であるから、特に妻久亥の助力が大きかった。久亥は、治療上の助手となることもあれば、看護長となることもあった。この年

10人の患者を自宅に下宿させ、治療を行ない、治っていく者が次々と現われた。治療することが難しいと思われていた赤面恐怖を初めて全治させることに成功した。

1921（大正10）年6月、森田療法の理論的骨子が多数の症例とともに裏づけられている『神経質及神経衰弱症の療法』を出版した。正馬は、この書を『神経質の療法』としたかったところであったが、当時はまだ世間で神経質の症状を神経衰弱という言葉で表わすことが普及していたので、いわゆる神経衰弱の療法という意味を込めて、神経衰弱症という病名も加えたのである。『神経質及神経衰弱症の療法』は、神経質の本態を、森田療法の理論的根拠であるヒポコンドリ－性基調説によって明確に論じ、また神経質に対する特殊療法も四期に区分されていて、主著『神経質の本態及療法』の骨格が出来上がっている。『神経質及神経衰弱症の療法』は、多数の神経質の実例が挙げられているのが特色であるが、実質的にこの書によって、森田療法理論が確立したと見ることができる。

同年、『精神療法講義』を執筆し、出版した。1922（大正11）年1月2日、学位論文として『神経質の本態及療法』を書き始め、2月2日に書き終わる。この『神経質の本態及療法』を主論文として、大学に学位申請書を提出した。1924（明治13）年8月、医学博士号を授与される。1925（大正14）年3月、東京慈恵会医科大学教授となる。1926（大正15）年11月、『神経衰弱及強迫観念の根治法』を出版した。

1928（昭和3）年8月、主著『神経質の本態及療法』を出版した。この書は、神経質の原理を述べたもので、森田療法の要点を明解に論述している。この書の中には、随所にフロイト（S.Freud,1856-1939）の説に対する批判が見られ、神経症を性欲説に基づいて、幼児期の経験と結びつけることに強く反対している。

森田は、『神経質の本態及療法』において、従来、神経衰弱とか神経質とかいわれている疾患に対して見解がまちまちで、その本態や原因にはいろいろな説があり、その治療も満足するようなものはないとの前提に立っている。

「私は神経質という病名をたて、その本態的条件としては、ヒポコンドリー性基調があり、その症状発展の条件としては、精神交互作用があるという説をたてて、これを説明してきたが、これによりはじめて治療上の着眼点も得られたし、的確な治療成績もあげることができるようになったのである。」³ 森田は、神経質の症状は、ヒポコンドリー性基調という素質の上に、些細な不調や不快感に注意が繰り返し集中する、精神交互作用によって成り立つとの立場を明確にする。治療に当っては、ヒポコンドリー性基調を陶冶すること、精神交互作用を破壊することが中心になる。また思想の矛盾という心理機制に着目して、思想の矛盾を患者に認識させる。そして、事実を体得し、現在になり切る態度を作り出そうとする。森田は、20年間の苦心の末、ついに家庭の療法を創始するに至った。

晩年は、森田療法の有効性が実証され、森田療法の普及という充実した時期を迎えた。その反面、家族を次々と失い、健康にも恵まれない、悲しく寂しい時期でもあった。森田は有能な後継者に恵まれ、さらに後継者の尽力により、森田療法は発展していくことになった。森田正馬は、1938（昭和13）年、64歳で、肺炎にて自宅で死去した。

2 神経質の本態

神経質という言葉は、日常会話の中で普通に用いられる。「君は随分神経質なんだな」とか、「あなたも神経質なところがあるね」とか、一般に細かいことまで気づき、気にしやすい人、心配しやすい人のことを神経質という。神経質とは、人間の性格の一類型である。

ところで、森田のいう神経質も、このように気にしやすい性格と無関係ではないが、もう少し別の意味合いで用いられている。森田が神経質という場合、性格類型の一つから発展して、その人の人格や症状まで含めて考えている。森田のいう神経質は、ある素質から発症する神経症をも意味する。したがって、一般に用いられる神経質という言葉に対して、森田のいう神経症としての神経質を区別するために、「森田神経質」という言葉が用いられ、

また「神経質症」といったり、「神経質タイプの神経症」といったりする場合もある⁴。

森田が神経質と名づけた症状は、当時は神経衰弱と呼ばれていた。アメリカの神経科医ベアード（G.M.B.Beard,1839-1883）が、アメリカの急激に変化し進展する文化の影響によって心身が過労した状態を神経衰弱と称した。この学説が日本にも伝わり、主に神経症の症状に対してこの名称が使われていた。神経衰弱は、心身が弱った状態だから、大事にして休養を取り回復を待たなければならないと考えられていた。

しかし森田は、単なる心身の過労の意味としての神経衰弱を否定した。森田は、ベアードがいう神経衰弱症を認めない。神経衰弱症という呼び名は弊害があるから使わない方がいいと考え、神経質を用いる。それは、一般に神経衰弱と呼ばれていたものが、心身の過労が原因ではなく、ある素質に、ある機会と作用が関係して固着した症状であると理解するようになったからである。森田自身の経験がこの発想の出発点にある。

森田が神経質を対象とした特殊療法を考案することに成功したのは、神経衰弱の症状は心身の過労ではないことを、症状の本態的条件としては、ヒポコンドリー性基調説を、また症状発展の条件としては精神交互作用説を立てることによって明確にしたことによる。森田は、『神経衰弱と強迫観念の根治法』において、「私は神経質の本態に対して、ヒポコンドリー性基調説および精神交互作用説というものを立て、神経質はいたずらに病苦を気にするという精神的基調から起こり、注意はつねにそのある一定の感覚に集中し、注意が深くなれば感覚も鋭敏になり、感じが強ければしたがって注意もこれに集中するようになって、次第にその異常感覚を増悪していくものであるというふうに説明するのである」⁵と述べている。とりわけ、従来の神経衰弱についての考えの誤りを打破するために、ヒポコンドリー性基調説が有力な理論的根拠を与えた。

まず、ヒポコンドリー性基調説について、森田の説明に即して考察していくことにしよう。

森田が独自の学説を樹立する際、前述のように、ベアードなどが主張する神経衰弱症を意識していると同時に、フロイトの精神分析に強い対抗意識を持っていることは注目に値する。フロイトの神経症学説は、簡潔に言えば、神経症の原因は以前に受けた精神的外傷によるものだから、精神分析によってその関係を了解して、治療しようとする。しかし多くの人が同じ原因に出会っても、その中で一部の人だけが神経症になるにすぎない。精神分析が主な対象としたヒステリーが外向的気質なのに対して、神経質は内向的気質である。内向的なものは、自己内省が強く、したがって自己の身体的、精神的不快や、異常、病的感覚に細かく気がつき、これにこだわり心配するためにヒポコンドリーとなるのである⁶。したがってまたこの気質の人は、卑屈になったり、陰鬱になったり、自己中心的となる。

森田は、フロイトの精神分析に批判的である。「フロイトは、その精神分析法により、神経症の原因として精神的外傷ともみなされるような、遠い過去に受けた精神的不満または願望の抑圧（特に性的事件）を唱えているが、私はこれに対して、臨床上における多くの価値を認めない。」⁷ 森田は、神経症の発症の原因を、人間の過去、とりわけ幼児期の性的外傷に求めて説明することに意味を認めない。つまり、発症の原因は重大視せず、素質と、現在の症状を問題にする。森田は、「神経質は一種の素質であって、生まれつきの気質である。この気質の上に、ある機会に遭遇して種々の症状を起こすようになるものである。その気質は、自己内省が強くて、つねに自分のことを顧みるものである」⁸と述べている。神経質の傾向は、多くの人が持つものであるが、その傾向が強い人を、素質、生まれつきの気質としての神経質と森田は考えるのである。ただ、環境とともに、機会的原因、すなわち精神的ショックを受けた際の精神的外傷が、神経質の傾向を助長することや、後天的に起こる場合もあることを、否定していない。森田は、神経質の精神的傾向は、自己内省的（精神内向的）で、その結果、理知的となると考える。

森田は、ヒポコンドリー性傾向を、神経質の発生する素地と認め、これを本症の真の原因とする。森田は、この傾向は先天的素質からだけ起こるもの

でも、環境の影響だけに帰することもできないと考える。つまり、先天的素質も環境も作用すると考えている。しかし森田は、基本的に、ヒポコンドリー性基調とは、一種の精神的傾向または素質である⁹。つまり、森田は、ヒポコンドリー性基調を、環境や機会的原因を考慮しながらも、一種の素質と考え、それを神経質の発生の素地、素質とするのである。

ヒポコンドリーとは、心気症、すなわち疾病を恐怖する意味であって、人間の本性である生存欲の現われである。したがってこれはすべての人が持っている性情であるが、その程度が強すぎる時、初めて精神的傾向となり、異常となり、ますます神経質の複雑で頑固な症状を呈するようになる。このヒポコンドリーの語源は、hypo は下部、chondor は軟骨で、胸骨の下端の部分である、みぞおちを意味している¹⁰。心配、不安の時には、ここに普段と変わった感じを受けるから、ヒポコンドリーは本来物事を気にするという意味から起こった言葉である。

ヒポコンドリー性基調とは、だれもが感じうる、身体の些細な不調や不安な感じや、自分にとって不都合であるふと思ひ浮かぶ嫌な考えを、よりよく生きたいという生の欲望が強いことから、重大な問題と結びつけて考え、身体的、心理的に些細な違和感を気にする精神的傾向を意味する。食べ過ぎて胃の具合が少し悪くても重大な病気ではないかと不安に思い、自分が不治の病に罹って早く死んでしまうのではないかと恐怖し、死亡率の高い病気に運悪く感染しはしないかと恐れ、変な考えが浮かぶから自分は気が狂ってしまうのではないかと恐れ、突然運悪く命を落とすのではないかと不安に襲われる。ヒポコンドリー性基調は、心配性で、些細なことを気にしやすく、強い生存欲のために、自分にとって不都合なことを、悪い事態、究極的には死と結びつけて不安になる傾向である。

森田によれば、普通神経質（心気症）も、不安神経症も、強迫観念症も、すべてヒポコンドリー性基調から発症する。したがって、この療法は、その本性であるヒポコンドリー性基調を鍛錬しまたは破壊するという手段に、その着眼点を置かなければならない¹¹。

森田療法における神経質の症状の発症のメカニズムの解明は、単純明快である。この心身の些細な不調を気にするヒポコンドリー性基調に、精神交互作用が働き、症状が固着すると考える。森田は、精神交互作用について、「神経質において精神交互作用というのは、ある感覚に対して、注意を集中すれば、その感覚は鋭敏となり、この感覚鋭敏は、さらにますます注意をその方に固着させ、この感覚と注意とがあいまって交互に作用して、その感覚をますます強大にするという精神過程に対して名づけたものである」¹²と述べている。森田は、次のような神経質の症状は、本来健康者でも平素体験する普通の感覚や感想であると指摘している。たとえば、頭痛、立ちくらみ、精神がぼんやりする感じ、心悸亢進、注意散乱、不眠、胃部膨満感、伝染病に対する恐怖、衆人環視に対する羞恥の情、異性を見てふとみだらな連想を起こすなどの種々な感情、その他偶然に起こる不安発作、麻痺発作、疼痛発作あるいは神経痛症状に至るまでいろいろある。これらの症状は、だれでも一時的に感じるものだが、これを一時的なものとして気にとめない人もいれば、これを何か重大に異常ではないかと気にする人もいる。「神経質患者は、ヒポコンドリー性気分から、これを病的異常と考え、これに対する恐怖と予期感情とを起こして、精神交互作用により、その感覚をますます増悪し、これに執着していつまでも長く症状を固定するようになるのである。」¹³したがって、森田は、「神経質の症状は、ヒポコンドリー性基調と、これによって起こる精神的過程である精神交互作用によって説明することが、診断および治療上もっとも適切である」¹⁴と指摘する。つまり森田は、神経症の発症は、フロイト説のように、幼児期の経験に起因するものではなく、ヒポコンドリー性基調説と精神交互作用説によって説明できると考える。

森田は、神経質の症状は主観的であることを強調する¹⁵。神経質の患者は、ちょうど夢の中で、その実在を信じているように、常に主観の内に閉じ込められ、その症状に対する苦痛に悩まされるようになる。患者は、常にその感覚に執着し、主観の中に閉じ込められているので、他人も自分と同じ状況に置かれると、自分と同じ悩みを起こすものであるということを知らない。患

者は、自己の執着を離れて、他人と自己を正しく比較することができず、人に対して同情することができない。患者は、自己中心的となり、不安神経症の人は強迫観念症の人を理解できず、普通神経質の人は不安神経症の人を笑うというようなものである。森田によれば、神経質の症状は、自分で予期し、注意をその方に集中して自己暗示的に、自らこしらえて起こるものである。その他神経質の発作も、すべてこの予期不安から起こるものである。

神経質者は、自分の生活を向上させたいと強く願い、いつも健康でありたいという生の欲望が強く、完全主義であるから、些細な体調の変化に敏感でその変調を悪い方へと考える。些細な症状に注意を集中すれば、その感覚は強化、拡大され、その症状をますます強く感じるようになる。一過性の状態であったものでも、注意の集中により長らく異常な感覚、感情として維持される。自分で強く感じるように感覚を作り上げてしまえば、本来病気とはいえない状態であるにもかかわらず、感覚は症状として主観的に固着することになる。つまり、ヒポコンドリー性基調という基盤があって、そこにある機会的原因が加わり、精神交互作用が起こることにより、だれでも感じる感覚や感情が症状として固着することになる。こうなると患者は、主観の中に閉じ込められ、自ら作った症状と悪戦苦闘し、ますますその症状から抜け出すことができなくなるのである。したがって、神経症患者が夢が多いといったり、一定の強迫観念がたえず念頭に現われるというのは、単に注意の執着による意識の関係から説明することができる。「神経質の症状は、ある動機からある事実に対して、注意集中により、自己暗示的に執着した信念的なものであって、単に患者がみずからこれを病的と固執する主観的のものであるといえることができるのである。」¹⁶

なお、森田は、神経質を、普通神経質、発作性神経症、強迫観念症の三つに分類する¹⁷。森田によれば、以前には、ヒポコンドリーを加えて四種であったが、これは普通神経質と明らかに分離することが難しいために、この項目を除くことにした。

3 森田療法の原理

森田は、「私の見解によれば、神経質の療法は当然、精神的療法であって、その着眼点は、ヒポコンドリー性基調に対する陶冶または鍛練療法と、精神交互作用に対する破壊または除去療法でなければならない」¹⁸と述べ、森田療法の基本的原理を明確に示す。

ところで、森田療法における重要な心理機制に、「思想の矛盾」がある。思想の矛盾は、精神交互作用を強める働きをする。森田は、神経質の療法において重要な着眼点の一つとして、思想の矛盾を打破することを挙げている。「思想の矛盾とは、かくありたい、こうならねばならぬと思想することと、事実すなわち、その予想する結果とが反対になり、矛盾することに対して、私が仮に名づけたものである。」¹⁹ 思想というものは、事実の記述、説明または推理であり、観念や思想は常に、そのまま直ちに実体または事実ではない。人々がこの観念と実体との相違を知らずに、思想によって、事実を作り、または事実をやりくりし、変化させようとするために、しばしば思想の矛盾が起こる。思想の矛盾とは、このようにあるべき、このようになるべきという理想とする在り方と現実の状態とが反対となる事態を指している。つまり、こうならないのはおかしいと思い、苦しみ、煩悶が強くなる状態を意味している。

神経質の症状は、それを見過ごし、心にとめなかった時には間もなく忘れてしまったものが、一度注意がこれに執着する時は、ちょうど幻影の形となって、その主観の内にとられるようになる。だから、神経質の症状に対して、これを客観的にやりくりし、支配しようとしても、決してその目的を達することはできない。森田は、毛虫を例に挙げて、説明している²⁰。すなわち不快のままに、毛虫に近づくことができるのは、感情と知識との両立であって、あるがままの当然の行動であり、正しい精神的な態度である。それに反して、もし毛虫に対してまず嫌悪の感情を排除し、好感を起こしたあとで毛虫に近づこうと努力すれば、これが思想の矛盾であり、悪智であって、強

迫観念の成立に最も大切な条件となるものである。

森田は、体得と理解に関して次のような見解を示している。「体得とは、みずから実行、体験して、その後に得た自覚であり、理解とは推理によって、かくあるべし、あらざるべからずと判断する抽象的の知識である。」²¹ところが最も深い理解は、具体的に、体験によって会得してのちに生ずるものである。主観的、感情的、体得的なものは、われわれの信念となるものであって、直接にわれわれの行動となり、人格の表現となるものである²²。これに反して、知識、理解は単に論理的な推理、判断となって、ただ間接にわれわれの行為に影響を及ぼすのみである。したがって、森田は、客観と主観、知識と感情などの関係は、神経質の療法上、最も注意すべき要件であると考ええる。

もともとわれわれの身体と精神の活動は、自然の現象である²³。だから、人為によって、これを左右することはできない。外界の刺激に対する感覚、気分、反応などは、もちろん忘却、突然の思いつき、夢などのようなものも、すべて因果法則に支配された自然の現象である。決してこれを人為的に意のままにやりくりすることはできない。デュボアが患者に対して、「勇気を鼓舞せよ」とか「自信を起こせ」といっても、無理なことである。「真の勇気は、みずから勇気を自覚せず、真の必死は、念頭に死の観念のないときに起こることである。」²⁴

勇気とか、自信とかいうものは、これを獲得しようとしてもできるものではない。これと同じく、苦痛とか煩悶とかいうものも、これから逃れ、離れようとしても思い通りにはならない。これから逃れ、離れようとするには、二つの場合がある²⁵。一つは、苦痛、煩悶の、そのあるがままになり切ることである。これは、自然服従に通じる。次に第二の場合というのは、ただその苦痛を排除し、念頭から払い除けようと努力するのではなく、返って苦痛に対して注意を集注し、またはこれを観察し、叙述し、批判しようと試みることである。このようにして、その苦痛、煩悶は、初めて主観的な執着を離れて、外界に投影した客観的なものとなり、そこからようやく脱離することができる。

森田によれば、神経質患者が、常にその症状を家人に訴えるのは、苦痛を周囲の人に理解させ、同情を求め、いたわってもらおうとするものであるが、患者は返って苦痛を増悪する²⁶。神経質者が、人が自分のことを理解してくれないと恨むのは、単に人から知られて都合のよいことばかりであって、少しでも自分に不都合なことは人に理解してもらってはいけないのである。「およそ思想というものは、私たちの体験的、主観的事実を外界に投影し、模型的に客観化したものであるから、ちょうど私たちの顔を鏡にうつしたようなもので、単に表面のかたちにとどまり、右と左の錯誤、矛盾のことが多い。」²⁷この思想の矛盾のために、私たちは日常、これに欺かれていることが多い。

それゆえ、神経質の療法については、この思想の矛盾を打破すべきことが、一面の着眼点でなければならない。一言でいえば、いたづらに人工的の拙策を放棄して、自然に服従すべしということである、と森田は強調する²⁸。

森田は、私たちの精神活動には、拮抗作用とか相対作用、調節作用とも名づけることのできる現象があるとする。「いま、精神の拮抗作用とは、たとえば私たちが恐怖を起こせば、常に一方には、これを恐れまいとする反対の心が起こり、称賛を受けては、必ずうしろめたい感情が湧き、富にいて貧を思い、物を買おうと思って、そのむだなことを反省するなどの、いわゆる反対観念、さらに玄関を出るにもうしろをかえりみ、釘を打つにもその力を加減するなどの抑制意志など、みんな私たち精神の自然現象である。」²⁹精神の拮抗作用は、最初の刺激によって起こる感情の発動が大きければ、その拮抗の反動力も大きく、反対観念を強くさせ、思想の矛盾が働くことによって、苦悩煩悶を感じさせるようになる。それゆえ森田は、思想の矛盾を打破するということは、寒さは当然これを寒いと感じ、苦痛、恐怖は当然これを苦痛、恐怖し、煩悶はそのまま煩悶すべきであると考え³⁰。だから、いたづらに人工的の拙策をもてあそんではならない、と強調する。このことは、つまり私たちが自然に服従すること、事実すなわち真理に絶対服従する意味であり、また境遇に従順であることを意味している。

森田は、患者に症状から目をそらさせようとするよりも、むしろこれに注

意を集注させ、純一に苦痛を感じさせる方がよいとする³¹。その時、注意はいつともなしに無意識的注意の状態となって、自らその苦痛を感じないようになるのである。この原理はまた一面より見れば、精神の調和作用ということによっても説明することができる³²。たとえば、客観的に見ればうるさい音も、その動きに入っている時にはうるさいと感じない。すべて外界と自己との関係において、その刺激と注意とが一致し、調和すればするほど、次第にその自覚を失い、それが互いにあい逆らうことが大きければ大きいほど、ますますその感覚が強くなるものである。

森田は、無所住心ということを用いる³³。これは、私たちの注意がある一点に固着、集注することなく、しかも全精神が常に活動して、注意の緊張がたまねく行き渡っている状態である。この状態にあつて、私たちは初めて、物事に接して、臨機応変に、すぐに最も適切な行動をすることができる。森田は、「およそ神経質の症状は、注意がその方にのみ執着することによって起こるものであるから、その療法は、患者の精神の自然発動をうながし、その活動を広く外界に向かわせ、限局性の注意失調を去って、けっきょくこれを無所住心の境地に導くことにあるのである。これが私の神経質に対する特殊療法の発足点である」³⁴と述べている。この療法は、注意が症状だけに向かうのを、注意を症状だけではなく、生活の中でいろいろなことに向かわせ、流れる心、自由な心にすることを目指すものである。

さて、森田の神経質に対する精神療法の着眼点は、むしろ感情の上にあつて、論理、意識などには重きを置いていない。森田は、感情の法則として、次の五つを挙げている³⁵。

第一、感情は、そのままに放任し、またはその自然発動のままに従えば、その経過は山形の曲線をなし、ひと登りひと降りして、ついに消失するものである。

これは、たとえば苦痛、煩悶も、これを放任して、これに耐え忍んでいれば、次第に消失するというようなことを意味している。不安による苦しみも、一定の時間耐えていれば、やがて消失するということである。だから、怒って

喧嘩しようと思う時、三日ぐらい考えると、その間に、激しい悔しい感情が消えてなくなったり、あるいは大して気にならなくなったりするものである。

第二、感情はその衝動を満足すれば、急に静まり消失するものである。

たとえば飢えた時、食事を取ればその苦痛が消えるようなものである。神経質の患者は、悲観的な感情に対して、その行動を発散して、その苦痛から脱しようと試みることがあるが、これによって一時的に快を得ることがあっても、その結果、理性的自責感が起こって、後悔し、返って煩悶を増すようになる。だから、第二の法則に関連して、神経質の患者は、常に感情的なものに流されず、衝動を自制することを訓練した方が得策であるということを知るようになる。

第三、感情は同一の感覚に慣れるに従って、鈍くなり不感となるものである。

たとえば、寒さや暑さも、これに慣れると感じなくなったり、あるいは、子どもが、いつも叱られてばかりいると、ついにはその叱責の言葉にも、慣れっこになって気にも留めなくなるようなものである。

第四、感情は、その刺戟が継続して起こる時と、注意をこれに集注する時とに、ますます強くなるものである。従来、感情はこれを表出するに従って強くなる、といっているのもこの条件によるものである。

神経質者が、家人や他人に自分の症状や苦痛を訴えると、それが細密に渡るほどますますその症状に対する自己の注意を深くし、その上他人の自己に対する同情が不足していることを恨むなどの条件が加わるために、一層症状を重くする。それゆえ森田は、常に神経質患者に対して、まず第一に家人に対して、自分の症状を訴えることを禁じている。

第五、感情は、新しい経験によって、これを体得し、その反復によって、ますます養成される。

たとえば飲食することによって、初めてその味を知り、実行によってその趣味を理解することができるようなものである。私たちが努力と成功との経験を反復することによって、初めて勇氣と自信とを養成するのは、努力による苦痛に慣れるとともに、一方には成功による快樂を体得するためである。

こうして森田の神経質療法は、ヒポコンドリー性基調感情に対して、陶冶、鍛練療法を施し、その症状発展の機制である精神交互作用に対しては、思想の矛盾を打破し、前述した注意、感情などの心理に従って、これを応用しようとするものである。そして常に患者の実証、体得によって、自然に服従することを会得させようとするものであって、根本的的自然療法である³⁶。

4 入院森田療法の展開

この療法は、基本的に入院療法であり、入院療法は、次の四期として見ることができ³⁷。第一期「臥褥療法」、第二期「軽い作業療法」、第三期「重い作業療法」、第四期「複雑な実際生活期」である。

第一期の臥褥療法では、まったく患者を隔離して、面会、談話、読書、喫煙、その他すべての気をまぎらすようなことは禁じて、食事、便通のほかは、ほとんど絶対臥褥（絶対安静）を命ずる。この方法によって、まず患者の臥褥中の精神状態を観察して、診断上の補助とすることができるし、次に安静によって心身の疲労を調整することができる。さらにこの療法の眼目は、患者の精神的煩悶、苦悩を根本的に破壊し、「煩悶即解脱」の心境を体得させることにある。患者は消極的な苦痛を離脱して、退屈を感じるようになり、積極的に活動したいという欲望を起こすようになる。

第二期の軽い作業療法も、隔離療法であって、談話、遊戯などを禁じ、臥褥時間を7、8時間と制限し、昼間は必ず戸外に出て空気と光線とに触れるようにし、すべて自室内に休息することを許さない。夕食後は、毎日その日の日記を書かせ、これによって患者の身体的、精神的状況を知るためのデータにする。患者の自発的活動、すなわち運動作業欲を促し、気分本位を打破する。

第三期の重い作業療法では、作業に対する持久忍耐力を養成し、自信を得させるとともに、勇気を養うような方針を取る。患者の価値感情を没却し、何事もやればできるとの自信と勇気とを体得させる。

第四期の複雑な実際生活期からは、興味、執着をも破壊し、すべてこだわ

りを離れ、外界の変化に順応することの訓練であって、おのおのその人の実際生活に帰る準備である。この時期から、読書を許し、また用事のためには外出を許すことにする。この治療中に、患者に自己本来の性情、自分を欺かない心、すなわち「純な心」を知らせるように導くことを注意する。

入院療法を通じて、患者に、自然に服従し、事実本位の生活をし、現在になり切る態度を作り出す。

むすび

森田療法は、森田自身の神経質の症状とその克服が、理論の裏づけになっている。神経質の症状を持っているのは、自分だけではなく、神経質という生れつきの素質の人は、だれにもある性情であるヒポコンドリー性基調という精神的傾向を強く持っている。そのため、ある機会的原因が加わり、不安や不快感に注意が集中する精神交互作用により、症状が固着する。また、ある嫌な不快な考えをなくそうとすればするほど、その考えをますます強くするのは、精神交互作用に関係する思想の矛盾という心理機制であり、そこに強迫観念が発生する。

こうして、神経質の療法の根幹に、精神交互作用および思想の矛盾の破壊、そしてヒポコンドリー性基調の陶冶、鍛練が据えられる。この目的を達成するために、入院療法では、絶対臥褥と作業からなる体験療法が考案され、多くの人々を救うことになる。森田療法は、理論が確固としたものとして確立し、完成されたものであるがゆえに、本を読んだだけでも自分の思い違いに気づき、生活の仕方を改めて、軽快する人が出るほどである。入院療法の他に、外来療法や通信療法や話し合い療法等もある。

森田は、神経質の入院療法は、「学校教育のやり直しで、再教育というようなもの」³⁸と考えていた。森田は、神経質の素質と症状を連続的に捉えるため、神経質の人はいずれにせよ症状を発症することになるので、早い時期に、自分の本然を知り、よい面を伸ばすためには、森田療法の考え方を知り、正しい生活の仕方を身につけることが必要不可欠であると考えた。だから森田は、

入院療法を、学校教育とは異なる神経質に対する再教育の場と考えるのである。

森田療法は、教育的要素を多分に持っている。つまり、森田神経質は、病気ではなく、素質の延長上にあるので、森田の精神療法においては、素質であるヒポコンドリー性基調を鍛練することに主眼が置かれている。だから、治療よりも、教育に力点が置かれているといっても過言ではない。その意味において、森田療法は、教育療法ということもできるのである。

森田は、体験療法において、症状を不問にし、症状に目を向けさせるのではなく、生活に目を向けさせる。理屈は不要で、動きを重んじる。起床から就寝の時間まで、切れ目なく動き回ることを患者に求める。森田療法の究極の目標は、自然に服従すること、気分本位を打破して事実本位の生活すること、事実唯真などで表現されるが、実際の生活を通じて動きに入り切ること、嫌なことにすっと入る態度が大事で、そこに心が自由に展開する。森田療法では、現在になり切る態度を作り出すことを目指すのである。

注

- 1 森田正馬「生の欲望」、高良武久編集代表『森田正馬全集』第七巻、白揚社、1975年、223-224頁。
- 2 森田正馬「久亥の思ひ出」、同上書、751-752頁、参照。
- 3 森田正馬『神経質の本態と療法』白揚社、1960年、21頁。
- 4 「森田のいう神経症の一類型としてこのことば（神経質）を用いる場合には、森田神経質と呼ぶ方がよい。」（大原健士郎・藍沢鎮雄・岩井寛『森田療法』文光堂、1970年、84頁。）
 「（森田）神経質の名称であるが、森田自身は神経質と名づけ、高良が神経質症と改めて、論議が起ったので、下田光造が森田神経質と呼んではどうかと提案し、決着がついたようである。」（大原健士郎『新しい森田療法』講談社、2000年、15頁。）
 「下田は、神経質をヒポコンドリーと言っではどうかと提案していた。」（同上書、15頁。）
 高良武久は、森田のいう神経質を、「神経質症」という用語で表わす。（高良武久『森田療法のすすめ』白揚社、1976年、72頁。）

鈴木知準は、森田のいう神経質を、「神経質タイプの神経症」と称している。(鈴木知準『神経症はこんな風に全治する—森田療法の道』誠信書房、1986年、2頁。)

- 5 森田正馬『神経衰弱と強迫観念の根治法〔新版〕』白揚社、1995年、22頁。
- 6 前掲、森田正馬『神経質の本態と療法』、24頁、参照。
- 7 同上書、61頁。
- 8 前掲、森田正馬『神経衰弱と強迫観念の根治法〔新版〕』、38頁。
- 9 前掲、森田正馬『神経質の本態と療法』、23頁、参照。
- 10 同上書、25頁。
- 11 同上書、27頁。
- 12 同上書、29頁。
- 13 同上書、29-30頁。
- 14 同上書、30頁。
- 15 同上書、28頁、30頁、参照。
- 16 同上書、49頁。
- 17 同上書、49-56頁、参照。
- 18 同上書、73頁。
- 19 同上書、74頁。
- 20 同上書、76-77頁、参照。
- 21 同上書、77頁。
- 22 同上書、78頁、参照。
- 23 同上書、80頁。
- 24 同上書、82頁。
- 25 同上書、82-83頁、参照。
- 26 同上書、83頁。
- 27 同上書、84頁。
- 28 同上書、86頁。
- 29 同上書、87-88頁。
- 30 同上書、90頁。
- 31 同上書、96頁。
- 32 同上書、96-97頁、参照。
- 33 同上書、98頁、参照。
- 34 同上書、98-99頁。
- 35 同上書、99-102頁、参照。
- 36 同上書、102頁。
- 37 同上書、103-120頁、参照。
- 38 高良武久編集代表『森田正馬全集』第五巻、白揚社、1975年、614頁。

参考文献

- (1) 高良武久編集代表『森田正馬全集』第一巻、白揚社、1974年。
- (2) 高良武久編集代表『森田正馬全集』第二巻、白揚社、1974年。
- (3) 高良武久編集代表『森田正馬全集』第三巻、白揚社、1974年。
- (4) 高良武久編集代表『森田正馬全集』第五巻、白揚社、1975年。
- (5) 高良武久編集代表『森田正馬全集』第七巻、白揚社、1975年。
- (6) 野村章恒『森田正馬評伝』白揚社、1974年。
- (7) 藍沢鎮雄・岩井寛・熊野明夫・清水信・増野肇『森田正馬精神療法入門』有斐閣、1978年。
- (8) 鈴木知準『ノイローゼの積極的解決—その治療戦略』誠信書房、1980年。
- (9) 鈴木知準『不安解決の講義—神経症の苦しみを救う』誠信書房、1987年。
- (10) 渡辺利夫『神経症の時代—わが内なる森田正馬』TBSブリタニカ、1996年。
- (11) 北西憲二『我執の病理—森田療法による「生きること」の探究』白揚社、2001年。
- (12) 田代信維『森田療法入門—「生きる」ということ』創元社、2001年。

Summary

A Study of “the hypochondriacal basic tone” and “the psychic interaction” in Morita Therapy

Seikō Toyozumi

Morita therapy which means an original psychotherapy in Japan was established by Shoma Morita around 1920. He became the first professor of Department of Psychiatry Jikei University School of Medicine.

Morita therapy is particularly effective with a kind of neurosis called *shinkeishitsu*. Morita therapy has two major therapeutic techniques “*Gajoku*” which means resting in bed and “*Sagyō*” which means work or daily activities for living, and has style of family therapy.

In this paper I refer to Morita’s experience which is related to his idea of principles of treatment when he contrives a special therapy for *shinkeishitsu*. And then I study “the hypochondriacal basic tone” that is the basis of Morita theory, and “the psychic interaction” and “the contradiction of thinking” that mean the psychological mechanism for activating symptoms. Further I study the principles of feelings and residential Morita therapy.

The basis of principles of Morita therapy has Morita’s way of thinking that *shinkeishitsu* patient surmounts symptoms and grows into an active person through educating the hypochondriacal basic tone. Accordingly, the purpose of this paper is to study mainly the hypochondriacal basic tone and the psychic interaction in Morita therapy, and to explain the significance of educating the hypochondriacal basic tone.