

**国際シンポジウムセクション**  
**森田療法国際委員会 (ICMT) による企画**

**International Symposium Section**  
Coordinated by the International Committee for Morita Therapy (ICMT)

**Program Schedule**  
**プログラムスケジュール**  
9.30am to noon, Saturday, Oct. 29, 2011

**Opening Remarks by Conference Convener (9.30-9.35am)**

- Hideo Matsumoto (Conference Convener)

**International Symposium 1 (9.35am to 10.35am):**

**International Morita Therapy Research and Theoretical Comparisons**

Chairs: Kei Nakamura and Toshihide Kuroki

1. Dave Richards, Jacqueline Hill, and Eugene Mullan (United Kingdom) 15 min.
2. John Mercer (Australia) 15 min.
3. Karlee Fellner and Ishu Ishiyama (Canada) 15 min.
4. Discussion 15 min.

**International Symposium 2 (10.40am to 11.55am):**

**Morita Therapy for Supporting Individuals and Communities  
Affected by Disasters, Crises, and/or Traumatic Events**

Chairs: Kenji Kitanishi and Ishu Ishiyama

1. Peg LeVine (Australia) 15 min.
2. Masahiro Minami (Rwanda & Canada) 15 min.
3. Ishu Ishiyama and Mariana Martinez Vieyra (Canada) 15 min.
4. Toshihide Kuroki and Noriaki Azuma (Japan) 15 min.
5. Discussion 15 min.

**Concluding Remarks by ICMT Chair (11.55am - noon)**

- Kenji Kitanishi (ICMT Chair, Japan) 5 min.



**Opening Remarks by Dr. Hideo Matsumoto, 29th JSMT Conference Convener**  
松本英夫 第 29 回日本森田療法学会会長のあいさつ

***International Symposium #1 (9.35am to 10.35am):***  
**International Morita Therapy Research and Theoretical Comparisons**  
国際シンポジウム 1  
森田療法の研究および理論的比較

**Chairs:** Kei Nakamura (Chair of the Board of Directors for the Japanese Society for Morita Therapy, Jikei University, Japan) and Toshihide Kuroki (Hizen Psychiatric Center, Japan)

1. David A. Richards, Jacqueline Hill, and Eugene Mullan (University of Exeter, United Kingdom)

*Measuring the Effectiveness of Morita Therapy*

デービッド・リチャーズ, ジャクリン・ヒル, ユージーン・マラン (エクセター大学 英国)

森田療法の効果の測定

2. John Mercer (Launceston General Hospital and Monash University, Australia)  
*Mindlessness and Mindfulness: Directing Attention in Morita Therapy and the Mindfulness-Based Interventions*

ジョン・マーサー (ラーンセストン総合病院、モナッシュ大学 オーストラリア)

マインドレスネスとマインドフルネス—森田療法とマインドフルネスに基づく介入法群に注意を向ける

3. Karlee Fellner and Ishu Ishiyama (University of British Columbia, Canada)  
*A Comparison between Western Mindfulness-Oriented Psychotherapy and Outpatient Morita Therapy*

カーリー・フェルナー、石山一舟 (ブリティッシュコロンビア大学 カナダ)

西洋のマインドフルネス志向の心理療法と外来森田療法との比較研究

4. Discussion  
討論

***International Symposium #2 (10.40am to 11.55am):***  
**Morita Therapy for Supporting Individuals and Communities Affected by Disasters, Crises, and/or Traumatic Events**  
国際シンポジウム 2

災害、危機、トラウマ的事態に遭遇した  
個人とコミュニティーの支援のための森田療法

**Chairs:** Kenji Kitanishi (Morita Therapy Institute, Japan) and Ishu Ishiyama (University of British Columbia, Canada)

1. Peg LeVine (Monash Asia Institute, Monash University, Australia)  
*Morita Therapy in Response to Cruelty-based Trauma*

ペグ・ルバイン（モナシュ大学モナッシュアジア研究所 オーストラリア）  
残虐をベースとしたトラウマの治療のための森田療法

2. Masahiro Minami (University of British Columbia, Canada; Kigali Health Institute (Rwanda & Survivors' Fund, Rwanda)  
*Morita Therapy in Civil War Affected Areas: Part 1: Rwanda Chapter 2: Development and Field Implementation of Morita-Based Psychosocial Reconciliation Approach*

南 昌廣（ブリティッシュコロンビア大学 カナダ；キガリ健康機関およびサイバーズファンド ルワンダ）  
旧戦地における森田療法 第一部 ルワンダ 第二章 森田療法を基にした行動ベース  
心理社会的和解アプローチの構築と試行

3. Ishu Ishiyama (University of British Columbia, Canada) and Mariana Martinez Vieyra (Vancouver Association for Survivors of Torture, Canada)  
*Morita Therapy for Helping Refugees and Cultural Newcomers Who Are Survivors of Torture and Traumas: A Case Illustration*

石山一舟（ブリティッシュコロンビア大学 カナダ）；マリアナ・マルティネス・ビエイラ（バンクーバー拷問生存者支援協会 カナダ）  
トラウマと拷問を生き抜いた難民および異文化からの新規移住者の援助のための森田療法—ある症例を通して

4. Toshihide Kuroki (National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center, Japan) and Noriaki Azuma (Iwate University Faculty of Education, Japan)  
*Role of Morita Therapy in Providing Support for Victims of the East Japan Great Earthquake and Disaster*

黒木俊秀（国立病院機構肥前精神医療センター 日本）；我妻則明（岩手大学教育学部 日本）  
東日本大震災の被災者支援における森田療法の役割

5. Discussion

討論

**Concluding Remarks by the Chair of the International Committee for Morita Therapy**  
森田療法国際委員長による総合コメント

- Kenji Kitanishi (*ICMT* Chair, Director of Institute of Morita Therapy, Japan)  
北西憲二（森田療法国際委員長、森田療法研究所・所長）

<b>MEASURING THE EFFECTIVENESS OF MORITA THERAPY</b>
--

David A. Richards, Jacqueline Hill, and Eugene Mullan  
University of Exeter (United Kingdom)

**Background:** A formal consensus process of Japanese and international Morita Therapists was used to develop a conceptual map of the outcome domains required to assess the effectiveness of Morita therapy (Richards, Mullan, Ishiyama, & Nakamura, *Journal of Morita Therapy*, 2011 *in press*). The domains are: (1) attitude in terms of (1a) the relationship with self, (1b) affective, cognitive, and physical symptoms, and (1c) *arugamama* and *toraware*; (2) action in terms of (2a) frequency and duration of behaviours associated with constructive action, (2b) the desire for life, and (2c) the achievement of patient-centred goals; (3) symptoms of mental distress; and (4) satisfaction with, and quality of, life. Measures of mental distress and satisfaction with life are more common in clinical practice internationally, but measures of attitude and action specific to Moritian concepts are not.

**Objective:** To identify a standard set of patient self-report questionnaire measures which can be used to measure the impact of Morita therapy on the (1) attitude and (2) action domains by Morita therapists in Japan and internationally.

Method: Literature review and appraisal of potential measures using the 'Fitzpatrick' criteria for questionnaire quality: *appropriateness, reliability, validity, responsiveness, precision, interpretability, acceptability* and *feasibility*

**Preliminary results:** Eleven measures were identified in domain 1 and 3 in domain 2. No measures met all Fitzpatrick quality criteria. At least 3 criteria were unknown for all measures. Four measures met a minimum of 3 criteria in domain 1 and one in domain 2. The most promising measures were the Perseverative Thinking Questionnaire, Acceptance and Action Questionnaire and White Bear Suppression Inventory for attitude and Behavioural Activation for Depression Scale for action.

**Conclusion:** Further testing of the most promising measures for these domains in clinical practice in Japan and internationally is required to refine a core set of self-report questionnaires for incorporation into a standard Morita Therapy outcomes questionnaire protocol.

### **References**

1. Richards, D.A., Mullan, E., Ishiyama, F.I., & Nakamura, K. (*in press*). Developing an outcome framework for measuring the impact of Morita therapy: A report from a consensus development process. *Journal of Morita Therapy*.
2. Ehring et al. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 225-232.
3. Hayes, S. C. et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
4. Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-640.
5. Kanter, J. W. et al. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 191-202

MEASURING THE EFFECTIVENESS OF MORITA THERAPY
---

## 森田療法の効果測定

デービッド・リチャーズ、ジャクリーン・ヒル、ユージーン・マラン  
エクセター大学（英国）

**背景:** 日本国内と海外の森田療法家たちの正式な合致を経て森田療法の治療成績を査定するための、成果領域の概念的なマップを構築した(Richards, Mullan, Ishiyama, & Nakamura, 2011)。そのドメイン群は以下の通りである。(1) 態度、主に (1a) 自己との関係、(1b) 感情、認知、身体的な症状、そして (1c) あるがままおよびとらわれ、これら3点に対する態度、(2) 行動、主に (2a) 建設的な活動に伴う行動の頻度と、継続期間、(2b) 生の欲望、(2c) 患者中心に設定された目的群の達成、の3点に関する行動、(3) 精神的苦痛の症状、(4) Quality of life (人生に対する満足感と生活の質)。精神的苦痛と人生に対する満足感を計測する尺度は、国際的な臨床実践現場でもよく見られるが、態度と行動の尺度、特に森田療法の治療概念に特有のものはまれである。

**目的:** 国内外の森田療法家たちによる森田療法の(1) 態度と(2) 行動領域に対する治療効果を計測するための自己報告質問表の標準セットを特定すること。

**方法:** 文献レビューと「フィッツパトリック」判定基準を用いた候補尺度群の精度検定。主に適当性、信頼性、妥当性、反応性、正確性、解釈度、受容性、実行可能性に関して。

**予備調査の結果:** 領域1に関しては11尺度、領域2に関しては3尺度が確認された。すべての“フィッツパトリック”判定基準を満たすものは1つも現れなかった。すべての尺度群に関して、それぞれ少なくとも3つ以上の判定基準が満たされていなかった。4つの尺度が少なくとも領域1では3つ、領域2では1つの判定基準を満たしていた。もっとも期待される尺度群は、Perseverative Thinking Questionnaire (固執的思考質問表)、Acceptance and Action Questionnaire (受容と行動の質問表)、態度領域に関しては White Bear Suppression Inventory (ホワイトベア抑制目録)、行動領域に関しては Behavioural Activation for Depression Scale (抑うつに対する行動活性化尺度)であった。

**結語:** 標準森田療法治療効果質問表プロトコールに組み込むべき中核をなす自己報告質問表群を精査するためにも、上記の査定領域に対して最も見込みのある尺度群を日本と国際的な臨床現場で更にテストする事が必要である。

## 文献

1. Richards, D.A., Mullan, E., Ishiyama, F.I., & Nakamura, K. (in press). Developing an outcome framework for measuring the impact of Morita therapy: A report from a consensus development process. *Journal of Morita Therapy*.
2. Ehring et al. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 225-232.
3. Hayes, S. C. et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
4. Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-640.
5. Kanter, J. W. et al. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADS): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 191-202

S1-2

***MINDLESSNESS AND MINDFULNESS:  
DIRECTING ATTENTION IN MORITA THERAPY AND THE MINDFULNESS-BASED  
INTERVENTIONS***

John Mercer  
Launceston General Hospital and Monash University (Australia)

The researcher is conducting phenomenological research into the essence of Morita therapy by experiencing inpatient stays at various Japanese and international treatment facilities. Morita therapy is at times compared with the Mindfulness-based Interventions (MBIs), which now occupy a prominent place in contemporary therapeutic practice in the West. However, distinctions made between Morita therapy and the Western MBIs without first clarifying and acknowledging the different socio-cultural notions of 'self' implicit in each, are addressing only the second part of the issue. A part of the conceptual framing of the research was to conduct a comparative theoretical analysis between Morita therapy and the Western Mindfulness-Based Interventions (MBIs). I explore in this presentation one of the key themes which have emerged as a result of this comparative theoretical analysis: attention. I propose that Morita therapy and the MBIs are based on entirely juxtaposed conceptual platforms. These juxtaposed foundations give rise to radically different notions of 'self' in each therapeutic paradigm, and therefore to different understandings of pathology and treatment. Beneath superficial differences in method, the vastly divergent foundation assumptions of these respective paradigms establish entirely separate models of object relations and alternative modes of therapeutic attention. Working models at the level of principle, for both Morita therapy and the MBIs, are compared and contrasted as they relate to the mechanisms and role of attention in each paradigm, in order to further clarify the uniqueness and value of Morita's thinking and method.



**MINDLESSNESS AND MINDFULNESS:  
DIRECTING ATTENTION IN MORITA THERAPY AND THE MINDFULNESS-BASED  
INTERVENTIONS**

**マインドレスネスとマインドフルネス—  
森田療法とマインドフルネスに基づく介入法群に注意を向ける**

ジョン・マーサー

ランセストーン総合病院、モナッシュ大学（オーストラリア）

筆者は日本国内、そして海外の数々の治療センターにおいて入院森田療法を体験することにより、森田療法の本質を現象学的研究法を用いて研究してきた。森田療法は時として現代の療法実践の主流となりつつある、マインドフルネスに基づく介入法群と比較される傾向にある。しかし、まず両療法に潜む異なる社会文化的“自己”というものを明確に認識せず、2者間の分別を図る事は、単にその異なる社会文化的自己の違いを見つけ出す事だけに留まってしまおうということなのである。この研究の概念的なフレームの一環として、森田療法と、西洋のマインドフルネスに基づく介入法群との比較理論的な分析を行った。今回の発表では、その分析結果より表出したキーテーマの一つ、“注意”について探求してみたい。筆者は、森田療法と、マインドフルネスに基づく介入法群は、全くの並列形を取る概念的なプラットフォームの上に降り立っていると提案したい。この並列形を取る基礎はそれぞれの療法の説く自己像の根本的な違いを表出し、それに基づく病理と治療に対する理解の違いをも表出する。表面的な手法の違いの奥に大きく分岐する、2つのパラダイムの基礎概念群が、全く異なったモデルの対象関係と異なったモードの療法的注意を形成している。それぞれのパラダイムにおける注意の機能と役割にも関係するが、森田療法とマインドフルネスに基づく介入法群のワーキングモデルを、原理レベルではあるが比較、対照することによって、さらに森田の考えの独創性と価値が明確になってゆく。

**A COMPARISON BETWEEN WESTERN MINDFULNESS-ORIENTED PSYCHOTHERAPY  
AND OUTPATIENT MORITA THERAPY**

Karlee Fellner and Ishu Ishiyama  
University of British Columbia (Canada)

Mindfulness-oriented psychotherapy (MOP), which has only recently emerged in the West, is compared to the outpatient mode of Morita therapy (MT) originally developed around 1920 in Japan. MOP encompasses approaches that are guided by Buddhist psychology and the mindfulness-related research, and emphasizes the therapist and client's practice of mindfulness as integral to therapeutic change. A number of similarities between MOP and MT have been noted, including: (a) acknowledging and accepting subjective and affective experiences as they are, (b) allowing affective symptoms to change fluidly, without manipulative attempts or attentional fixation, (c) being present with covert experiences and also responsive to overt situations, (d) having a Buddhist perspective on human nature and functions of the mind, and (e) using verbal communication and experiential learning activities (e.g., re-focussing training) effectively within sessions as well as in post-session instructions and homework.

However, there are some differences in theory and practice. MOP increases non-judgmental self-awareness and actively employs mindfulness training activities during and outside sessions to foster a shift in clients' mental conditions and subjective experiences. MT reduces the amount of time and energy spent on focussing on self and increases clients' attentiveness to realistic and practical tasks and purposes to reverse their habitual and futile self-focus. While MOP starts with the question of "What are you feeling and experiencing?" in its therapeutic endeavour, MT starts with "What tasks are needed now, and how can you improve your action and outcome?" The *fumon* (strategic inattention or non-inquiry) technique, diary guidance, within-session experiments, and other therapist interventions are used to neutralize self-focus and symptom-aggravating patterns and improve clients' lifestyle in MT, based on its integral theory of emotion, cognition, motivation, and action.

Both approaches, however, seem to share the common goal of attaining a free and fluid state of the mind, a rich and full experience and acceptance of self, and a deep connectedness with the surrounding world, which may be summarized by such Moritian expressions as *sunao* and *arugamama*. Within the range of variations in which outpatient MT is practised, there appear to be an increasing overlap, as well as distinct differences, in therapeutic strategies, points of emphasis, and target client problems. The notion of "mindfulness" in MOP and that of "self-immersion and losing self in an activity" in MT seem to require further discussion. Increasing self-awareness and creating a subjective shift in clients in MOP could develop into increased affective self-focus and self-preoccupations from a Moritian perspective. Several theoretical and clinical implications of the current comparison will be identified.

**A COMPARISON BETWEEN WESTERN MINDFULNESS-ORIENTED PSYCHOTHERAPY  
AND OUTPATIENT MORITA THERAPY**

**西洋のマインドフルネス志向の心理療法と外来森田療法との比較研究**

カーリー・フェルナー、石山一舟  
ブリティッシュコロンビア大学（カナダ）

西洋で近年知られるようになったマインドフルネス志向の心理療法（MOP）と1920年頃に日本で開発された森田療法（MT）の外来療法の比較を行う。MOPは仏教心理学とマインドフルネス関係の研究によって導かれた総合的なアプローチであり、その主眼は治療的変容には治療者とクライアントがそれを実践することが欠かせないものだという見方である。以下の点も含めて様々な類似点が論じられている—(a) 主観や感情体験をそのままに認め受け入れること、(b) 操作的な努力や注意を固着させることなく感情面の症状の流動的な変化に任せること、(c) 今の内面的な体験から逃げず、そして外部の状況にも対応すること、(d) 人間性と心の働きに関して仏教的な理解をすること、(e) 面接中の言語的コミュニケーション、体験学習（たとえば注意の方向転換の練習）、面接後の指導や宿題を効果的に使っていること、などがあげられよう。

しかしながら、理論と実践においていくつかの違いもある。MOPは価値判断を伴わない自己アウェアネスを高め、セッションの内外でのマインドフルネスの訓練活動を積極的に駆使してクライアントの心理状態と主観的体験に変化をもたらそうとする。MTでは自己注視にかかわる時間とエネルギーを少なくし、現実的で実用的な仕事や作業や目的に対して腐心するように導き、癖となった非生産的な自己注視のパターンを変えようとする。MOPは「あなたは何を感じ体験していますか」という問いかけから治療が進行し、MTでは「今あなたは何をなすべきですか、あなたの行動をどのように工夫しより望ましい成果が上がるよう改善すべきですか」という問いかけがなされているといえよう。森田療法の感情、認知、動機付け、行動に関する統合的な理論をもとに、不問、日記指導、面接中の「実験」（体験学習）、その他の治療者の介入は自己注視と症状悪化のパターンを中和し、クライアントの生活の質を向上させると考えられている。

しかし両者は、自由で流動的な心の活動と、自己を受容し豊かに包括的に自分をありのままに体験し、周囲の世界とのつながりを深めることを目指しているという共通点があり、それは端的に言うところ「すなお」や「あるがまま」という森田的な表現で要約されるだろう。外来森田療法が様々な方法で実践されていること考慮すれば、より多くの共通点が見出されるが、同時に治療的方策、強調点、対象となるクライアントの悩みなどに関して明確な違いも存在するようだ。MOPのマインドフルネスの概念とMTにおける作業への没頭・没我の概念についてはさらなる考察が必要であろう。MOPは自己のアウェアネスを高めクライアントの心の中の主観的な変容をもたらそうとするが、森田的な見地からすれば、このことが感情的な自己注視と自己へのとらわれにつながる可能性があるのではないかと、という懸念を禁じ得ない。今回の比較を通して理論的・臨床的に示唆される点をいくつか提示する。

<b>MORITA THERAPY IN RESPONSE TO CRUELTY-BASED TRAUMA</b>
---

Peg LeVine

Monash Asia Institute, Monash University (Australia)

Theories on human responses to trauma supporting PTSD (posttraumatic stress disorder) assist our understanding of the ways *tragic events* and related *pre-post event factors* compromise our physical and psychological wellbeing. Events are identified often as war, combat, torture, natural and man-made disasters, child and adult sexual abuse and rape, abduction, airplane and auto crashes, sudden unexpected deaths, and life threatening illnesses. While identifiable event-based criteria established for PTSD and Acute Trauma Disorder assist our assessment and treatment protocols (American Psychiatric Association), this paper discusses the aftermath of the less visible, collusive forces of harm. This author defines *human-based cruelty* with two distinct categories for assessment and treatment consideration: (1) cruelty by collusion and betrayal; and (2) cruelty without colluding forces. Collusion is found in situations where one parent is violent to a child while the other witnessing parent stands by passively (thus colluding in the harm) – or when there is a natural disaster and organisations/governments conspire to cover-up the damage, which compromises community health all the more. Once realised, this dynamic is what becomes the mind and spirit-boggling aftermath that requires a sophisticated and progressive therapy, like Morita therapy, to assist those impacted further from cruelty by collusion – experienced often as betrayal.

Psychiatrist and survivor of the European Holocaust, Bruno Bettelheim (1903-1990), claimed that humans are “born of both violence and gentle cooperation; to neglect either in our efforts to better human relations would be fruitless.” (p. 185, 1980). He showed how traumatized children lose their capacity to sustain an integrated self when taught to suppress or ‘reframe’ feelings of hate and frustration. Gentleness depends on one’s capacity “to draw the line between violent fantasy and violent action” and requires a survivor to have on-going contact with “central safe persons” who sit outside damaging systems. On this theory, he founded the University of Chicago’s Laboratory (Orthogenic) School. Morita founded his therapy on similar notions; his therapy assists survivors to re-experience safe places and kind people in the ‘therapeutic laboratory.’ Morita would have agreed wholeheartedly with Bettelheim: Nurture “countervailing forces” of violence and construct environments that ‘counterbalance’ the human imagination. In the aftermath of cruelty-by-collusion, dissociative symptoms serve as *imagination-protectors* (not defense mechanisms). What recourse does one have but to detach in “the absence of” -- absence of humanity, absence of tender care, absence of sustainable rescue, misplaced loyalty, and dehumanizing experiences? Morita therapy provides an environment in which survivors can rebalance *ishin-denshin* -- where heart can speak to heart again.

**残虐をベースとしたトラウマの治療のための森田療法**

ペグ・ルバイン

モナシュ大学モナッシュアジア研究所（オーストラリア）

心的外傷後ストレス障害（PTSD）にまで至るトラウマに対するヒトの反応にまつわる諸説は、悲劇的なイベント、及びそれに伴う前後のイベント要因が、どのようなしくみで我々の心身の健全性を脅かすのかを理解するために、非常に有用である。戦争、戦闘、拷問、自然及び人為的災害、子供や大人に対する性的虐待、強姦、拉致、航空機墜落や自動車事故、突然の不慮の死、生命を脅かす病などがその悲劇的なイベントの例である。PTSD や急性ストレス障害に対する診断基準に設けられている認識可能なイベントにまつわる査定基準は診断と治療プロトコル（アメリカ精神医学会）などにとって有用ではあるが、この論文では目には留まりにくいが同等の被害に論点を置いてみたい。筆者は人為的残虐さを以下の二つのカテゴリーに分類し査定と治療を見据えた定義をしている。（1）共謀や裏切りによる残虐、そして（2）共謀不在の残虐。共謀とは、ある片親が児童に暴行を加えているさながら、もう一人の親はその暴力を受動的に見ているだけというような状況にみられる（従って危害の共謀である）。また自然災害発生時に、組織や政府が被害を隠蔽するために企む陰謀などコミュニティメンタルヘルス以上を脅かす状況が起きた際にも共謀はみられる。現実化すればまさにこの共謀の力動こそが心魂を揺るがす被害となり、それに対応できる、森田療法のような洗練され、かつ順序だった精神療法が、被害を受けさらに共謀という裏切りにより二時被害を受けた人々の援助のために必要となるのである。

精神科医でありヨーロッパのホロコースト生存者であるブルーノ・ベトルハイム（1903年-1990年）は「人間は生まれながらにして、暴力と協力とを兼ね備えており、その一方を無視するというは無益でなことある」（p. 185、1980年）と主張している。彼は心的外傷を受けた子供たちが憎しみとフラストレーションを抑圧するように教えられた際に、どのような過程で統合的自己を維持する能力をなくしてしまうのかを提示した。穏やかさは、乱暴なファンタジーと乱暴な行為とを見分ける能力にかかっており、生存者を常に“セントラルセーフパーソン”と密に結びつけられるかどうにかかっている。この理論を基に彼はシカゴ大学の研究室、オーソジェニックスクールを設立した。森田も同じような考えに基づいて自身の療法を確立している。彼の療法は生存者に療法的ラボにおいて安全な場所と親切な人々を再体験させるように援助をしてゆく。森田もベトルハイムの考えに心から賛同したことであろう。彼の療法も暴力に対する「相殺力」を育成し、人間の想像力を平衡させる環境を構築するからである。共謀による残虐、その余波の中において解離症状は想像力のプロテクターとなる（防衛機能ではない）。人道性の不在、暖かいケアの不在、持続可能な救助の不在、失われた忠誠心や人間性を奪うような体験のなかで、果たしてどのような頼みの綱が人にはあるのだろうか？森田療法はそのような体験を生き延びた生存者に以心伝心を再調整し、心が心と話し合える環境を提供することができる。

**MORITA THERAPY IN CIVIL WAR AFFECTED AREAS: PART 1: RWANDA  
CHAPTER 2: DEVELOPMENT AND FIELD IMPLEMENTATION OF  
MORITA-BASED PSYCHOSOCIAL RECONCILIATION APPROACH**

Masahiro Minami  
University of British Columbia (Canada)  
Kigali Health Institute (Rwanda), Survivors' Fund, Rwanda (Rwanda)

In the previous conference in Sapporo, presenter introduced the background, course, and psychosocial aftermaths of the 1994 Rwandan genocide. As a result of the political turmoil, present day Rwanda is left with many challenges. Psychological reconciliation between victims/survivors and perpetrators of the genocide is considered one of the most important and urgent priorities to restore the peace and harmony of this developing young country. Historically, post-colonial Rwanda witnessed countless inter-ethnic conflicts and mass murdering. The 1994 genocide was a tragic consequence of an escalation of such accumulative interethnic hatred and conflicts. International communities, including Rwanda, raise caution that unless true unity and reconciliation can be achieved, people in Rwanda cannot entertain true sense of peace and harmony. Not only that, future conflicts or war can also be expected considering the country's history. However, current national efforts to create unity and reconciliation are stagnating. This presentation begins by showing a clip of narrative dialogue between a victim and a perpetrator of the genocide in an actual reconciliation counseling session that took place in Rwanda. It highlights key challenges that reveal the critical, yet realistic, challenges to psychological reconciliation and conflict resolution in this context. Presenter then introduces an overview of an alternative, Morita-based, Action-Based Psychosocial Reconciliation Approach (ABPRA) along with its theoretical as well as empirical foundations, and its field implementation plan. Presenter concludes by highlighting contributions of Morita therapy to work with people in the context of extreme suffering, post-war conflict resolution, and peace building.

**MORITA THERAPY IN CIVIL WAR AFFECTED AREAS: PART 1: RWANDA  
CHAPTER 2: DEVELOPMENT AND FIELD IMPLEMENTATION OF  
MORITA-BASED PSYCHOSOCIAL RECONCILIATION APPROACH**

**旧戦地における森田療法 第一部  
ルワンダ 第二章 森田療法を基にした行動ベース  
心理社会的和解アプローチの構築と試行**

南 昌廣

ブリティッシュコロンビア大学 (カナダ)  
キガリ健康機関、ルワンダ、サバイバーズファンド (ルワンダ)

前回の第 28 回日本森田療法学会札幌で筆者は、1994 年のルワンダ大量虐殺の背景と経緯、そしてそれが与えた心理社会的な傷跡について言及した。1994 年の大量虐殺は、今日に至まで、ルワンダに数多くの深刻な課題を残している。大量虐殺の被害者／生存者と加害者との心理的な和解は、今日のルワンダにおける平和構築、復興、経済発展を遂げるにあたり、最も重要かつ、急を要する課題である。歴史的にみても、独立後のルワンダでは 2 つの民族（ツチ族とフツ族）が激しく対立し、2 部族間の紛争、大量殺戮が絶えなかった。1994 年のルワンダ大量虐殺は、2 部族間の殺し合いの歴史の積み重ねによる、ある意味必然な結果でもあった。その歴史を踏まえ、現在のルワンダ政府を含む数々の国際機関は、2 部族間の本当の意味での和解と民族統合がなし得なければ、ルワンダ人に真の平和とハーモニーは訪れないと考えているだけではなく、近い将来にまた部族間の争いや民族戦争が起こりえるとも警戒している。しかし、今日の和解、統合を目指す国家的なキャンペーンは停滞している。今回の学会ではルワンダの現地にて実際に行われている心理和解カウンセリングの一部始終のショートクリップをご覧いただき、心理的和解プロセスの停滞要因、紛争解決の最重要かつ現実的な課題点を実際の逐語を用いて表出、提示したうえで、森田療法を基礎にした新しい行動ベース心理和解アプローチの全貌を、その理論、実証的背景とともに紹介し、最新の現地試行状況を提示したい。この発表を通じ筆者は、森田療法が極限の苦悩にさらされた戦争生存者を支える鍵となり、戦後紛争解決、及び平和構築の要となっていることを強調したい。

**MORITA THERAPY FOR HELPING REFUGEES AND CULTURAL NEWCOMERS WHO ARE  
SURVIVORS OF TORTURE AND TRAUMAS: A CASE ILLUSTRATION**

Ishu Ishiyama

University of British Columbia (Canada)

Mariana Martinez Vieyra

Vancouver Association for Survivors of Torture (Canada)

Morita therapy in recent years has been applied to a wide range of client types and problems beyond *shinkeishitsu* clients and psychological disorders. The Moritian approach commonly emphasizes: (a) accepting self and the negatively perceived emotions as they are, without controlling or rejecting them (i.e., *arugamama* or as-is acceptance), (b) appreciating the healthy desire for productive life and self-enhancement (i.e., *sei no yokubo*), believed to underlie fears and anxieties, (c) shifting clients' attention and mobilizing their ability to take desirable action for practical purposes and immediate situational needs, (d) fostering client resilience to persevere through imperfect, inconvenient, and ego-syntonic subjective states, and (e) immersing oneself in the present activity and forgetting symptomatic sufferings beyond habituated self-preoccupations and symptom-controlling attempts (i.e., *hakarai*). We consider that these Moritian therapeutic components are important in supporting and helping torture survivors, who are refugees and refugee claimants, to cope with both emotional difficulties and practical living tasks in a host country, such as Canada. A case illustration is offered to discuss how Morita therapy may be incorporated into counselling survivors of torture and multiple traumatic experiences.

The client was a gay man from Colombia under a dictatorial regime in a homophobic culture. He had experienced childhood sexual abuse, political persecution, torture and rape, the loss of his murdered partner, and continuous death threat until he left Colombia, and was suffering from PTSD symptoms (e.g., insomnia, fears, inability to concentrate, suicidal ideation, ruminations, negative self-talk, and helplessness) at the time of seeking counselling from the second author at the Vancouver Association for Survivors of Torture (VAST). We discuss the benefits of a Moritian approach of counselling such torture survivors in terms of: (a) facilitating unprejudiced acceptance of subjective experiences as they are, (b) restoring balance between the survivors' introverted attention and externalized attention, (c) encouraging practical and attainable action-taking and engagement in activities, and (d) helping survivors actively recognize their constructive intention and effort for the betterment of self and the current living conditions, among other things.



**MORITA THERAPY FOR HELPING REFUGEES AND CULTURAL NEWCOMERS WHO ARE SURVIVORS OF TORTURE AND TRAUMAS: A CASE ILLUSTRATION**

**トラウマと拷問を生き抜いた難民および異文化からの新規移住者の援助のための森田療法—ある症例を通して**

石山一舟

ブリティッシュコロンビア大学（カナダ）

マリアナ・マルティネス・ビエイラ

バンクーバー拷問生存者支援協会（カナダ）

近年、森田療法は神経質の患者とその心理的障害の枠を超えて様々なクライアントの大部や悩みに対して適用されている。森田的アプローチは多くの場合次のような点を強調する—(a) 自分自身そしてマイナス視されている感情を操作したり回避せずにあるのまに受け入れる（あるがまま）、(b) 恐怖や不安の裏にあると位置づけられ、生産的な生活と自己の向上を求めようとする健康的な欲望（生の欲望）、(c) クライアントの注意の方向を実用的な目的へと転換し、今ここで必要とされていることに対する行動力を発動する、(d) 不完全、不都合で、自分が好まない主観的心理状態に置かれてもそれに耐えて抜く強靭性を発揮する、(e) 今の活動・作業に没頭し、通常ならとらわれてしまう症状やそれを操作しようとする計らうことも忘れてしまう、などである。このような森田的な治療的要素は、拷問を生き抜いた難民や難民申請者がカナダのような申請先の国において精神的な困難や日々の生活における難題に対処することを援助するうえでも重要なものであると考える。

クライアントは独裁政権下で同性愛を認めずそれを忌み嫌うような南米のコロンビアの出身のゲイの男性である。かれは小児期に性的虐待を体験し、その後政治的な迫害、拷問、レイプを受けた。そして彼の伴侶は殺害された。コロンビアを脱出するまで彼はずっと死の脅威にさらされ、バンクーバー拷問生存者支援協会（VAST）にて第2共同発表者によるカウンセリングを求めてきた当時は、不眠症、恐怖感、集中力の低下、自殺念慮、反芻、否定的な自語、無力感などのPTSDの症状に悩んでいた。今回の発表では拷問生存者の森田的なカウンセリングのアプローチにおける以下のような利点について述べたい—(a) 主観的な体験をそのまま偏見なく受容する助けとなること、(b) 内側に向けた注意と外側に向けた注意のバランスを回復することができること、(c) 実用的で達成可能な行動や活動を促すことができること、(d) 自分自身と今の生活の状況を良くしようとする建設的な意図や努力を積極的に認めてあげること、などである。

**ROLE OF MORITA THERAPY IN PROVIDING SUPPORT FOR VICTIMS OF THE EAST  
JAPAN GREAT EARTHQUAKE AND DISASTER**

Toshihide Kuroki

National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center (Japan)

Noriaki Azuma

Iwate University Faculty of Education (Japan)

There was an earthquake at 2.46pm on March 11, 2011, with its epicentre off the coast of Miyagi Prefecture. It reached Magnitude 9.0, which was the largest recorded earthquake in the history of Japan. The mega-tsunamis, triggered by this earthquake, caused devastating damage to the coastal areas of the Tohoku and Kanto regions, leaving over 20,000 persons dead or missing. Approximately 83,000 (as of September, 2011) are still being required to live as evacuees in shelters. Needless to say, this is an extraordinary disaster which is regarded as the worst national crisis after the Second World War, and is deeply affecting the people in Japan psychologically.

The amount of support for the surviving victims of this earthquake is historically high. Along with general medical support, the necessity for "mental care" was emphasized at a relatively early stage. "Mental care" teams, comprised of psychiatrists and clinical psychologists from various parts of Japan, visited the devastated regions as early as one week after the earthquake. Scholarly societies in mental-health-related fields in Japan also formed their own disaster response teams, who visited the affected areas and contributed to the facilitation of "mental care" services. The Japanese Society for Morita Therapy also started a disaster response committee, and has developed plans for contributing to mental care services for the earthquake survivors, under the sponsorship of the Mental Health Okamoto Memorial Foundation. A public symposium and a mental health consultation session are planned in November of 2011 in Iwate Prefecture's Miyako City, in order to support children, parents, and teachers who have been affected by the earthquake. These events are organized by Azuma (co-presenter) and others. Morita therapy, developed around the time of the Great Kanto Earthquake (1923), recognized human resilience as reflected in people's desire for life (*sei no yokubo*) along its therapeutic principle of "obedience to nature" (*shizen fukuju*). We sincerely hope that such wisdom contained in Morita therapy will be useful to the psychologically wounded victims of the earthquake as well as to those who attempt to offer support for the victims.

## S2-4 日本語（原文）

### ROLE OF MORITA THERAPY IN PROVIDING SUPPORT FOR VICTIMS OF THE EAST JAPAN GREAT EARTHQUAKE AND DISASTER

#### 東日本大震災の被災者支援における森田療法の役割

黒木俊秀

国立病院機構肥前精神医療センター（日本）

我妻則明

岩手大学教育学部（日本）

2011年3月11日午後2時46分、宮城県沖を震源として発生した地震は、日本における観測史上最大（M9.0）のもので、これにより引き起こされた巨大津波は東北と関東地方の太平洋沿岸部に壊滅的な被害をもたらした。死者・行方不明者の数は2万人余りに達し、現在（2011年9月）もなお約83,000人が避難所生活を余儀なくされている。まぎれもなく第二次大戦後最大の国難といわれる大災害であり、現代の日本人の精神生活にも大きな影響を与えている。

今回の震災被災者に対する支援の規模も歴史に残るものになるだろう。一般の医療支援とともに、いわゆる「心のケア」の必要性も比較的早い時期から強調された。現地の精神保健関係者の要請を受けて、震災発生の翌週には日本各地から精神科医や臨床心理士より構成される「心のケア」チームが被災地を訪れた。国内のメンタルヘルス関連の諸学会も独自に災害対策チームを設け、「心のケア」活動に尽力している。日本森田療法学会も災害対策委員会を設置し、財団法人メンタルヘルス岡本記念財団の後援を受けて、被災者の「心のケア」に寄与する計画を立案している。2011年11月には、津波により甚大な被害を受けた岩手県宮古市において、我妻らが主催する被災した児童、保護者、教員らを対象としたメンタルヘルスのためのシンポジウム・相談会に学会として協力する予定である。かつて日本の災害史上最大の被害をもたらした関東大震災（1923年）の前後に創始され、「自然服従」の原理とともに「生の欲望」に人間のレジリエンスの強さをみた森田療法の智慧が、今回の震災で傷付いた多くの人々と彼らを支えようとする人たちにとって役立つことを願ってやまない。