

**The 8<sup>th</sup> International Congress of Morita Therapy in Moscow, Russia**  
**(September 4-5, 2013)**

# **Book of Abstracts**

***(In English and Japanese)***

Prepared by

The International Committee for Morita Therapy (ICMT)

In Collaboration with

The Local Organizing Committee, Moscow

Congress Convener: Natalia Semenova, Ph.D.

*This Book of Abstract is available in print at the Congress Venue and also at the website for the  
International Committee for Morita Therapy (ICMT):  
<http://moritatherapy.org/>*

*© International Committee for Morita Therapy, 2013*

## **Acknowledgments**

This Book of Abstracts has been prepared and produced by the International Committee for Morita Therapy (ICMT) in collaboration with the local organizing committee for the Congress and the Congress Convener (Natalia Semenova). This project has been made possible by grants from the Mental Health Okamoto Memorial Foundation and the Japanese Society for Morita Therapy. We wish to express our gratitude to these two sponsoring organizations.

### **謝辞**

この英語と日本語による本学会の抄録集の準備と作成は本会議の組織委員会およびナタリア・セメノヴァ開催委員長の協力を得て森田療法国際委員会がおこないました。この活動に対してメンタルヘルス岡本記念財団と日本森田療法学会より助成を得ています。助成を受けたこれら二つの組織に感謝の意を表します。

## **Words from the Editor-in-Charge**

Most of the Japanese authors provided both English and Japanese versions of their abstracts, which we (ICMT Secretariat) further edited in consultation with the authors. We provided translations for the abstracts submitted only in one language (i.e., either in English or Japanese). In our final editing, we have tried to use uniformly Canadian spelling as much as possible. The following individuals contributed to additional English-Japanese abstract translation and editorial work on this Book of Abstracts: Masahiro Minami, Yoshiyuki Takano, Yumiko Nogami, Megumi Okubo, Yoko Ito, and Ayumi Sasaki. Editorial work was done by Gudrun Dreher (copyeditor) and Ayumi Sasaki (editorial assistant). Thank you.

Ishu Ishiyama, Editor-in-Charge

Secretary General, International Committee for Morita Therapy

### **編集責任者からのことば**

多くの場合日本人の抄録の著者は日本語版と英語版の両方を提出してくれたが、森田療法国際委員会（ICMT）事務局が著者の方々と連絡をとりながらさらに校正を行った。1 言語のみで抄録が提出された場合は ICMT 事務局が翻訳をした。英文はできる限りカナダ式スペリングで統一するようにした。英語・日本語の抄録の翻訳および校正を手伝ってくれた以下の方々に謝意を表します — 南昌廣、高野嘉之、野上由美子、大久保めぐみ、伊藤洋子、佐々木あゆみ、各氏。校正担当のグドルン・ドレハーとアシスタントの佐々木あゆみ両氏にも感謝いたします。

編集責任者 石山一舟

森田療法国際委員会事務局長

	<b><u>Author(s)</u></b>	<b><u>Abstract Title (in English and Japanese)</u></b>
1	Azuma (Japan) & Ogawa (USA)	A Study of Education of Morita Therapy at Japanese Universities — Comparison between the Training at Washburn University (USA) and Iwate University (Japan)
		日本の大学での森田療法の教育についての一考察—Washburn University と岩手大学での教育を比較して
2	Baskakov (Russia)	Thanatotherapy
		タナトセラピー (Thanatotherapy)
3	Darensky (Russia)	Inspiring Psychotherapy
		希望をもたらす心理療法
4	Hirose (Japan)	Narrative Therapy and Morita Therapy
		ナラティブ・セラピーと森田療法
5	Ishida (Japan)	Four Case Studies of Chronic Oral Pain Treated in Outpatient Morita Therapy
		口腔の慢性疼痛の 4 例に適応した外来森田療法
6	Ishikawa (Japan)	Psycho-educational Approach Based on Morita Therapy in School Counseling
		スクールカウンセリングにおける森田療法的な心理教育を導入することの意義
7	Ishiyama (Canada)	Internationalization of Morita Therapy and Its Future Prospects
		森田療法の国際化と将来の展望
8	Itamura & Kitanishi (Japan)	Three "Life and Death" Cancer Patients in Morita-Based Group and Personal Psychotherapy
		がん患者に対する森田療法に基づくグループ・ワークと個人精神療法：3 人の“生と死”
9	Iwaki (Japan)	Emotional Guidance in Outpatient Morita Therapy
		外来森田療法の感情に対する指導について
10	Kitanishi (Japan)	Basic Concepts of Morita Therapy
		森田療法の基本的概念
11	Kobayashi (Japan)	Psychoeducation in Dialectical Behaviour Therapy (DBT) in Return-to-Work Programs: An Explorative Use of an Adjunct Therapy in Morita Therapy Approach
		リワークにおける弁証行動療法的心理教育—森田療法的アプローチを補完する試み—

12	Kotchoubey (Germany)	Psychotherapeutic Aspects of Communicating the Diagnosis of a Terminal Disease
		患者に終末期疾患診断を告知する際の精神療法的側面
13	Kubota (Japan)	Consideration on the Efficacy of Morita Therapy
		森田療法の治療効果に関する検討
14	Li et al. (China & Japan)	A Study on Psychopathology of Toraware in Phobia and Obsessive-Compulsive Disorders
		恐怖性不安障害、強迫性障害のとらわれの精神病理に関する研究
15	Lu (China)	Morita Therapy in China
		中国における森田療法
16	Lyubov (Russia)	The Burden of the Suicide Death Toll in Russia as an Indicator of the Necessity to Develop State and Local Anti-Suicide Programs
		国家・地域レベルの自殺防止プログラムの必要性を示唆するロシアの自殺率の重荷
17	Madorsky (Russia)	Dealing with Shinkeishitsu: Subconsciousness and Psychotherapeutic Strategies
		神経質を扱うー心理療法と潜在意識
18	Minami (Canada, Rwanda)	Morita-Based Psychosocial Reconciliation Approach - Case Studies from Post-Genocide Rwanda -
		森田ベース心理的社会的和解アプローチ ポストジェノサイド・ルワンダにおけるケーススタディ
19	Mullan (UK) & Minami (Canada)	Measuring the Effectiveness of Morita Therapy: The Exeter, Tokyo and Vancouver Collaboration
		森田療法の効果測定
20	Nakamura (Japan)	Practice of Morita Therapy
		森田療法の実践
21	Niimura et al. (Japan)	Aging and Arugamama
		老いと「あるがまま」
22	Patyayeva (Russia)	Morita Therapy and the Problem of Self-Determination
		森田療法と自己決定の問題
23	Sasaki, T. (Japan)	Common Factors between Morita Therapy and ACT: Findings through Personal Experiences and Considerations
		森田療法と ACT の類似性～私の人生を事例として～
24	Sasaki, A. & Ishiyama (Canada)	Themes of Personalized Learning and Personal Growth Facilitated by Morita Therapy Training

		森田療法の訓練を通じた個人的学習と自己成長のテーマ
25	Semenova (Russia)	Morita Therapy in Russia
		ロシアにおける森田療法
26	Shimonakano (Japan)	Practice of Morita Therapy in a Private Psychiatric Clinic
		精神科クリニックにおける森田療法の実践
27	Shizukuishi (Japan)	Considering a Morita Therapeutic Approach in Dietary Management
		ダイエットを通じた生活指導から森田療法を再考する
28	Shustrov (Russia)	Alcohol Dependence and Self-Oriented Aggression
		アルコール依存症と自己に向けられる攻撃性
29	Tateno & Yano (Japan)	Two Cases of Obsessive-Compulsive Disorder with a Good Prognosis that Underwent Cognitive-Behavioral Therapy and Inpatient Morita Therapy
		認知行動療法を受けた後に入院森田療法を受け改善を維持している強迫性障害 2 症例
30	Tomita (Japan)	Morita Therapy and Emotional Freedom Technique EFT — How to Integrate Two Different Types of Psychotherapy
		森田療法と EFT—異なった 2 種の心理療法の統合
31	Wang (China)	The First Person to Promote Morita Therapy in China—Mr. Tsuneo Okamoto of Japan
		中国で森田療法をはじめて普及させた人物—岡本常男氏
32	Watanabe (Japan)	Suicide and Suicide Prevention Strategies in Japan
		日本における自殺と自殺予防の方策
33	Yamada (Japan)	Clinical Collaboration between Two Great Figures: Shoma Morita and Ivan Pavlov
		偉大なる二人の臨床的コラボレーション—森田正馬とイヴァン・パブロフ

## **1. Azuma (Japan) & Ogawa (USA)**

### **A Study of Education of Morita Therapy at Japanese Universities — Comparison between the Training at Washburn University (USA) and Iwate University (Japan)**

Noriaki Azuma<sup>1</sup> (Japan) and Brian Ogawa<sup>2</sup> (USA)

*1: Iwate University; 2: Washburn University*

The goal of the study was to analyze how Morita therapy is being taught at universities that specialize in training students in the helping professions. We have compared two universities for this purpose: Washburn University (USA), which teaches Morita therapy as an accredited program within the Human Services Department, and Iwate University (Japan), which runs an independent Morita Therapy Program as well as a Teacher Training Program. The following three points could be identified that represent major challenges for teaching Morita Therapy at a Japanese university.

1. Regulations and laws: in Japan, laws strictly regulate even the curriculum content of university classes. The challenge therefore consists in including as much Morita therapy as possible within the restricting curriculum.
2. Structure of classes: since Morita therapy can best be learned experientially, residential intensives, internships, and interactive workshops tend to work better than other forms of classes. However, in Japan, education happens mostly in the form of lectures and seminars. The challenge therefore consists in making the education process as experiential as possible under these conditions – for instance, by including experiential education material.
3. Teaching materials: Morita therapists have to make their own teaching materials; for example, verbatim records and DVDs that teach actual interview technique and methodology of Morita therapy. In addition, workbooks for self-learning can be effective to learn Morita therapy. Since in Japan the textbooks are usually provided by the institutions, it can be difficult for instructors to create their own teaching material.

Because of all these differences, teaching Morita therapy at the university level is actually much more of a challenge in Japan than it is in the US, where the greater academic freedom of the instructors allows them to design their courses in a way that helps fulfill the unique requirements of teaching Morita therapy as efficiently and successfully as possible.

### 日本の大学での森田療法の教育についての一考察 Washburn University と岩手大学での教育を比較して

我妻則明<sup>1</sup>（日本）、Brian K. Ogawa<sup>2</sup>（米国）

1: 岩手大学; 2: ウォッシュバーン大学

医療以外の相談業務にあたる専門職を養成する大学で、森田療法をどのように教育していくのかという参考にするために、心理と福祉領域の専門職を養成しているアメリカ合衆国の Washburn University で森田療法プログラムと教員を養成している岩手大学教育学部での教育を比較して考察した。この Washburn University での森田療法プログラムは、Washburn University が認定したプログラムである。その結果、次の3点が日本の大学で森田療法の教育を実施する課題として挙げられた。

1. 法令による規制: 日本の場合、法令により、授業の内容までが厳しく規制されている。そのため、Washburn University のように大学独自の森田療法認定プログラムを設けるのが困難である。現実的には、規制されたカリキュラムの中で、いかに森田療法を授業の内容として取り上げられるかということが課題となろう。
2. 授業の形態: 合宿形式の授業、海外で森田療法を学ぶ授業、インターンシップという実習に相当する授業は、体験的に森田療法を学ぶという点では優れた授業の形態ではあるが、日本ではいろいろな理由で実施困難である。日本では、講義と演習という座学が中心の授業形態とならざるをえない。そのため、その講義や演習で使用する教材が、どれほど体験的な学習を可能にさせることができるのかが重要な教育上の要因となる。
3. 教材: 実際の面接場面を学習するための逐語録や DVD などの教材を 作成する段階に来ていると思われる。これらの逐語録や DVD は、外来森田療法のガイドラインに示されている項目ごとに整理されて作成されるとさらにより一層効果が増すものと考えられる。また、ワークブックと言われる自学自習用の本があると授業外の教材として使用できて、教育効果が上がると思われる。

結論として、日本の大学での森田療法の教育については、我々森田療法家としてやらなければならないことが数多くあると考えられる。

## 2. Baskakov (Russia)

### Thanatotherapy

Vladimir Baskakov (Russia)

*International "Body Culture" Program*

Thanatotherapy is an area of contact with the process of dying and Death itself; the main goal of thanatotherapy as a method is to help people experience this contact as fully and realistically as possible. Everyone *knows* that one must die; nobody *believes* that one will die. Thus the transition from the "permanent" state of dying to a terminal (final) phase comes as an emotionally and physically powerful shock. The phenomenon of *right, natural* dying lies at the base of thanatotherapy, as well as the idea of the biological and social body. Life and death are nothing but two sides of the same reality. When we try to ignore death we deprive ourselves of a great source of energy (i.e., the energy of the fear of death). Basic blocks of the educational program on thanatotherapy will be presented in the format of a special topic workshop.

*About the author:* Born in 1954, Vladimir Baskakov graduated from Moscow State University's Department of Psychology in 1981. He is a psychologist, body psychotherapist, thanatotherapist, coordinator of the International "Body Culture" Program, and trainer of long-term programs in body psychotherapy and thanatotherapy.



**タナトセラピー (Thanatotherapy)**

ウラジーミル・バスカコフ

国際身体文化 (Body Culture) プログラム

タナトセラピーとは死のプロセスまたは死そのものに触れる分野である。タナトセラピーの主な目的とは、この死のプロセスと死そのものとの接触を最大限にすること、および現実のものとするところである。人間はいつかは死すべきことを誰もが頭では知っているが、当の自分もやがて死ぬということは実感していない。このように、死につつあるという継続的な状態からその最終段階への移行は、感情的そして身体的に多大な衝撃をあたえるものである。適切で自然な死(right and natural dying)という現象は、生物的及び社会的身体の見解でもあり、またタナトセラピーにおいての基底を成すものでもある。生と死とは現実の両面に他ならない。我々が死を無視するとき、エネルギーの重要な源（すなわち死への恐怖のエネルギー）を自ら剥奪してしまうのである。ここではタナトセラピーの教育プログラムの基本的な部分を「特別テーマ・ワークショップ」を通して紹介したい。

著者紹介: 1954 年生まれ。1981 年、モスクワ大学心理学科卒。心理学者、身体心理学者、タナトセラピスト、国際ボディー・カルチャー・プログラム・コーディネーター、身体心理学・タナトセラピー長期プログラム・トレーナー

### 3. Darensky (Russia)

#### Inspiring Psychotherapy

Ivan D. Darensky (Russia)

*National Research Center Narcology/Addiction, Ministry of Health*

Psychotherapy for drug addicts has traditionally been based on creating negative impact on patients. The treatment includes the induction of negative emotions, bans, and limitations. The original symptoms are thus eliminated as a result of forming negative conditional reflexes. Historically, this method has a number of sources, including domestic and cultural stereotypes. Many philosophical, literary, and religious works that are meant to have a spiritual impact on readers are saturated with pessimism, suffering, loss, terror, and shame. Indeed, negative dramatic events do cause strong feelings. However, the impact of positive emotions is just as strong but harder to create; it requires the experience and talent of a writer, creator, or physiotherapist to induce optimism in others.

A second – and very different – tradition of contemporary psychotherapy has the aspiration “to evoke the inner resources of the patient.” Of course, it is obvious that this is difficult to accomplish even in a healthy person, let alone a sick one. Is it possible that the reason why this more optimistic therapy lacks efficiency can be found in these more pessimistic philosophical traditions? The natural spiritual growth of the individual is directed towards positive goals amid favourable situations; it is only from the outside that pessimism seeps in and gets gradually integrated into our worldview.

At the same time, the purpose of therapy is often posed as ‘giving spirit’ to a patient. That is why therapy should be ‘inspiring’ and create a certainty in the patient that revives soul and spirit. Among the technical means to implement this ‘inspiring psychotherapy’ is the use of existing personal *images* or role models. This approach – following a positive example (e.g., successful students, altruistic personalities) – has been used widely in teaching. Another way to impact patients is to show them the personality of the psychotherapist himself or herself. The therapist is not just a specialist impartially analyzing patients or playing “psychological tricks” in front of an unsuspecting audience. The therapist’s personality is a way to influence a sick person. Finally, the therapist must have the skills of direct suggestion commanding optimism and providing positive reasons of existence to the patient.

In my presentation I would like to discuss the importance of this ‘inspiring psychotherapy’ and some of the techniques that can help with its implementation.

**希望をもたらす心理療法**

イヴァン・ダレンスキー

健康省国立薬物依存研究センター

薬物依存に苦しむクライアントに対する心理療法は負の影響があると昔から言われてきた。それは、介入において、負の感情を引き起こしたり、禁止や制限を促したりするからである。つまり、主症状は、負の条件反射作用によって減少していくのである。歴史的に、このような手法には自国や文化的なステレオタイプなどを含む多くの情報源が存在する。読み手のスピリチュアルな面に響くような哲学的、文学的、そして、宗教的な書物の多くは、恥、恐怖、喪失、苦痛、そして、悲観などで満ちている。事実、負の劇的な出来事は、とても強烈な感情を引き起こす。しかし、肯定的な感情は、作り出すのが難しいが、同じ様に強い影響があり、それは、作家、芸術家、あるいは、理学療法士などの経験と才能によって、周りの人々に楽観的視点を喚起するのである。

現代の心理療法における第2の伝統は、「患者の内なる資源を導き出す」ことである。勿論、これらは健康な人においても大変難しいことであり、病んだ人であればなおさら困難である。このようなより楽観的な心理療法において効率が欠如している理由が、同様に悲観的な哲学的伝統にも見出せる可能性があるのではないだろうか。人の自然なスピリチュアルな成長は、望まれた状況の真っ只中にある肯定的な目標へと向かっていて、悲観は外界からのみ染み込み、われわれの世界観へと次第に溶け込んでくるのである。

同時に、心理療法の目標は、しばしば、患者に「スピリットを与える」ものである。この理由ゆえ、心理療法は「希望をもたらす」、そして、患者の魂やスピリットという確かなものを創造するのである。この「希望をもたらす心理療法」を実践するための技術において、個人が持つイメージや尊敬する人々などを起用する。肯定的な例、たとえば学業に秀でた人や、他者のために献身的につくす人などの例は、教育の場において広く使われてきた。患者に影響を与える他の方法として、セラピスト自身の人となりや彼らに開示することもある。セラピストは、単に心理的な技法（あるいは心理的なトリックと呼ばれるもの）を用いて患者の心に影響を与えたり患者を客観的に分析する専門家としてだけではなく、セラピストの人となりは、苦しみ病める人に影響をおよぼすのである。最後に、セラピストは、患者に存在の肯定的理由を提供し、楽観を喚起させるような、直接的なアドバイスを与えることのできるスキルを持っていなくてはならない。

この発表では、「希望を与える心理療法」の重要性とその実践のための技術について議論する。

#### **4. Hirose (Japan)**

##### **Narrative Therapy and Morita Therapy**

Yuichi Hirose (Japan)

*Odori Koen Re-work Office*

I work as a clinical psychologist at the “Odori Koen Re-work Office,” a daycare clinic that mainly supports office workers who take (primarily depression related) sick leave. One of the features of our clinic is that we use an approach based on Morita therapy. However, I attempt to use both narrative therapy and Morita therapy. The purpose of this presentation is to propose a combination of these two approaches and to illustrate on some cases how this combination may look like in reality.

The first step in narrative therapy consists in a narrative conversation between the therapist and the client, in which they try to discover the dominant story that influences the client’s life. In step two, the therapist attempts to separate the client from the dominant story and to find an alternative story that creates new possibilities for living. I attempt to use the method of Morita therapy as a resource for the alternative story. However, I often get stuck, probably because Morita therapy expects clients to construct their own lives actively. This may cause clients to show resistance. Some clients say, “I know I should accept my fears and take constructive action, but it is easier said than done.”

In narrative therapy, on the other hand, the therapist assumes that “the person is not the problem, the problem is the problem,” and seeks a non-blaming approach. I take advantage of this viewpoint and try to keep a certain distance from Morita therapy. I collaborate with the client and seek out alternative stories with ‘rich descriptions’ by making use of certain aspects of Morita therapy.

**ナラティブ・セラピーと森田療法**

廣瀬雄一（日本）

大通公園リワークオフィス

演者は、おもに休職している社会人（おもにうつ）の復職を支援するダイケアクリニック、「大通公園リワークオフィス」で臨床心理士として勤務している。当クリニックの特色のひとつは、森田療法をベースとしたアプローチを用いていることだが、演者はナラティブ・セラピーと森田療法の二つを用いることも試みている。本発表の目的は、事例を通してこの二つのアプローチの併用について検討することである。

ナラティブ・セラピーにおいては、まず第1のステップとしてセラピストとクライアントがナラティブな語り合いを通じてそのクライアントに影響を与えているドミナント・ストーリー（支配的な物語）を見出していく。第2に、セラピストはドミナント・ストーリーとクライアントを切り離し、その人の人生に新たな可能性をもたらすオルタナティブ・ストーリー（新しい物語）を見つけ出そうとする。演者は、このオルタナティブ・ストーリーのリソースとして、森田療法の手法を用いようと試みている。しかしながら、演者はしばしば行きづまることがある。もしかしたら、森田療法にはクライアントに人生において建設的な行動をすることを期待する色合いがあるからかもしれない。このことは、クライアントの抵抗を引き起こす。「不安を受け入れ、やるべきことをやっていくべきだというのはわかるが、実際にやるのは簡単ではない」というクライアントたちもいる。

一方ナラティブ・セラピーでは、セラピストは「その人が問題なのではない、問題が問題なのだ」と想定し、クライアントを非難しないアプローチを模索する。演者はこの視点を活かし、いったん森田療法と一定の距離を保つことを試みる。そして演者は森田療法を活かしながら、クライアントと協同し、豊かな・分厚い記述を持ったオルタナティブ・ストーリーを見出していこうとするのである。

## **5. Ishida (Japan)**

### **Four Case Studies of Chronic Oral Pain Treated in Outpatient Morita Therapy**

Satoshi Ishida (Japan)

*Oral Mental Health Room*

Chronic pain can occur in any part of the body. In the mouth of a patient who has teeth, it is difficult to decide whether the pain is an organic disease caused by the teeth or not. In two types of patients, pain symptoms worsen through dental treatment: in Type 1 the symptoms appear to be unrelated to treatment and in Type 2 the symptoms appear during treatment or after treatment. In Type 2, we tend to conclude that the symptoms were caused by the dental treatment. Since dental pain is often caused by caries or periodontal disease dentists usually first examine the tooth; they then shave the tooth, remove dental pulp (dental pulp extraction), and repeat infected root canal treatment in order to reduce the symptoms. When the symptoms do not disappear, they extract the tooth. If the pain is not caused by tooth problems, these irreversible treatments often make the symptoms worse. Here I would like to present four case studies in which pain appeared or worsened during dental treatment and entered remission because of counseling based on explaining the psychosomatic correlations of pain. In my presentation I will describe four case studies of patients suffering from chronic oral pain that had a good outcome as a result of outpatient Morita therapy, suggesting that outpatient Morita therapy may be effective in patients who show chronic oral pain.

口腔の慢性疼痛の4例に適応した外来森田療法

石田 恵（日本）

口腔心理室

慢性疼痛は全身に生じるが、口腔内は歯があるため歯や顎などの器質的な原因かそうでないかは難しい。口腔内の慢性疼痛はその生じ方として歯科治療前に生じるもの（タイプ1）と治療中や治療後に生じるもの（タイプ2）がある。タイプ2は歯科治療によって増悪すると考えられている。歯科医は歯痛は歯が原因であると考え診査度にカリエスを除去したり、歯髄を抜去したり、感染した歯髄の治療を繰り返す。しかし消退しない場合には抜歯することになる。このような歯に原因がない場合には不可逆的な治療は痛みを増悪させる。歯科治療で症状の軽減しなかった4例に心身相関を説明し、外来森田療法を適応した。その結果痛みは消失したため、口腔の慢性疼痛に外来森田療法は有益である。

## 6. Ishikawa (Japan)

### Psycho-educational Approach Based on Morita Therapy in School Counseling

Masahito Ishikawa (Japan)  
*Clinical Psychologist, Sapporo*

In this presentation, the author reports a study on a psychoeducational application of Morita therapy to do preventative work with middle school students facing adjustment challenges in school. The two cases described here are both primarily based on symptoms of agoraphobia and had personality characteristics suitable to applying Morita therapeutic principles. Thus, psychoeducation was done during the interview process, describing *shiso no mujun* (contradiction between one's subjective thoughts and the objective reality), *kyofu totsunyu* (constructive attitude that accepts unpleasant feelings or thoughts as they are and that simultaneously focuses on the performance of concrete practical tasks even in difficult situations), and living with *mokuteki honn i* (purpose- or occupation- oriented attitude, as opposed to feeling- or mood- oriented attitude). While the outcomes for the two cases differed, the Morita therapy-based psychoeducation was successful as a result, and there were some improvements seen in the students' adjustments. These cases suggest that many successful cases of recovery can be seen, even in the younger population, for example, among middle school students, when Morita therapy principles are applied appropriately.



## ***Ishikawa (Japan)***

### スクールカウンセリングにおける森田療法的な心理教育を導入することの意義

石川正人（日本）

臨床心理士 札幌

本研究では、学校不適応状態にある中学生への対処的・予防的取り組みとして森田療法を基にした心理教育による介入を行ったケースについて、経過と考察を述べる。今回、紹介する2つのケースは、いずれも強い対人不安、広場恐怖を主訴とする中学生であり、森田療法理論に適応するパーソナリティ特性を備えているものと考えられた。そこで、スクールカウンセリングの面接過程で、思想の矛盾、恐怖突入、目的本位な生き方などの鍵概念を用いた心理教育的介入を行った。結果、2ケースそれぞれ経過は異なるものの、森田療法的な心理教育が奏功し、適応状態も改善した。中学生という若年層においても森田療法理論による介入を適切に行うことで、回復するケースが多くあることを示唆するものと考えた。

## 7. *Ishiyama (Canada)*

### **Internationalization of Morita Therapy and Its Future Prospects**

F. Ishu Ishiyama (Canada)  
*University of British Columbia*

We have seen in recent years increased appreciation of Morita therapy and its cultural and clinical uniqueness among professionals and researchers outside Japan. Clinical practitioners and researchers both in Japan and overseas have contributed to the expanded scope of theory, practice, and application of Morita therapy. Morita therapy is now practised in various modalities, ranging from rather traditional and highly structured inpatient treatment to more flexible, diversified, and eclectic/generalized applications. The target population for Moritian interventions has also expanded, and clinicians have made various adjustments and creative modifications over the years.

Morita therapy offers unique views on human nature, the workings of the mind, the process of healing and personal growth, as well as intervention methods based on the Moritian perspective, all of which form the foundation of this integrative school of therapy and education. However, certain aspects of the therapy have not been readily understood or recognized for their value by clinical practitioners and scholars, overseas and even in Japan, who have been immersed in modern Western viewpoints and clinical orientations. The author discusses cultural and professional resistance to Morita therapy observed in the past, and explores ways of overcoming conceptual and practical challenges to promoting Morita therapy overseas. Past criticisms and misunderstandings about Morita therapy are addressed, and examples are offered for creative and flexible ways to introduce and teach Morita therapy to Western professionals. As a flexible and widely applicable outpatient approach, the author elaborates on a Morita-based 3-phase model of “active counselling.”

Four interrelated areas are identified as future tasks for fostering international recognition and promotion of Morita therapy. They are: (a) clinical practice and applications, (b) therapist training, education, and supervision, (c) research and development of assessment tools and evaluation methods, and (d) scholarly and professional communication and collaboration.

**森田療法の国際化と将来の展望**

石山一舟（カナダ）

ブリティッシュコロンビア大学

近年国外の専門家や研究者の間で、森田療法に対する、そして、その文化的・臨床的特性に対する評価が高まってきている。日本だけではなく海外の臨床家や研究者も森田療法の理論、臨床実践、応用の範囲の拡大に貢献してきた。そして、今日の森田療法の治療様式は多様になり、伝統的な非常に構造化された入院治療から、より柔軟かつ多様な、そして折衷的あるいは一般化された応用に至るまでその幅を見せている。森田療法の適用の対象も広がりを見せ、臨床家たちは長年にわたりさまざまな調整やクリエイティブな工夫を重ねてきた。

森田療法は人間の本性、心の働き、癒しのプロセス、個人の成長などに対して独自の見方を提示しており、その見方に沿った介入方法を含め、この森田療法という治療と教育との統合的な学派の基礎を形成している。しかし、この治療法のある面は、近代西洋的な視点と臨床的立ち位置に浸漬された海外および日本国内の臨床家や学者達にとってはまだまだ容易には理解されず、その価値の認識も疎いように思われる。著者は過去に見られた森田療法に対する文化的・専門職的な抵抗を考察するとともに、森田療法を海外に普及するために必要な、概念的、及び実用的な課題を克服する方法を探る。森田療法に対する過去の批判と誤解を明らかにし、欧米の専門家たちに向けた森田療法を紹介し教育するためのクリエイティブかつ柔軟な方法を様々な例を用いて提示したい。柔軟で、広く適用されている外来アプローチとして、著者らが森田療法をベースに開発した「アクティブカウンセリング」の3期モデルについて説明する。

森田療法の国際的な認識と推進を育くむために、今後われわれが挑むべき課題として、以下の相互に関連する4分野を特定する。(1) 臨床実践と応用、(2) 森田療法家の養成、教育、スーパービジョン、(3) 実証研究と評価尺度、及び評価法の開発、(4) 学術的・専門的なコミュニケーションとコラボレーション。

## 8. Itamura & Kitanishi (Japan)

### Three "Life and Death" Cancer Patients in Morita-Based Group and Personal Psychotherapy

Ronko Itamura<sup>1</sup> and Kenji Kitanishi<sup>2,3</sup> (Japan)

1: Obitsu Sankei Seminary Clinic, 2: Morita Therapy Institute, 3: Kitanishi Clinic

Currently, more than 300,000 people per year die of cancer, which has become the leading cause of death in Japan. Morita-based Group Psychotherapy is being used to help cancer patients cope with their inner conflicts and with their anxiety. We have previously reported on the therapeutic effects of Morita-based Group Psychotherapy. Here we would like to present the "Life and Death" related experiences that three patients of this group went through during the final time before their passing.

**Conflict and introspection in life and death:** Patient A, a 40 year-old woman, was diagnosed with breast cancer (stage IIIC) 5 months before she started to participate in the group work. She participated in 8 group meetings. In the group, she was able to talk about her suffering from cancer directly and began to disengage herself from her previous unnatural lifestyle ethic of "having to do" everything. However, after a relapse, she switched to personal counseling sessions because of her strong anxiety. The sessions continued 2.5 years, until about 4 months before her death. She always talked about how she could not get any affection from her mother, when she was a child, and that she often felt lonely with no one to rely on or to ask for help. She died 4 years and 8 months after her diagnosis while still feeling worried about leaving her twin girls behind.

**Acceptance of and resignation to life and death:** Patient B, a 58 year-old woman, was diagnosed with ovarian cancer three years before her group work participation. In the group, she was still in good spirits, despite having been told of only having a few months to live because of her metastasis and relapse. She usually spoke about her daily life rather than looking back on her past. She had never married, and she had started suffering from cancer immediately after the death of her parents, whom she had taken care of until the end. She had brothers who had also died earlier. After admission, we had three personal sessions until up to 2 weeks before her death. She had never spoken of her family in the group, but she talked about her family right away in the personal sessions. She had always felt close to death, and this led her to pass away quietly alone. She died six years and ten months after her diagnosis.

**Connection with life and death:** Patient C, a 61 year-old woman, was diagnosed with lung cancer (stage IIB) 2 years and 8 months before group participation. She joined the group with multiple metastases and relapses. She took part in the group sessions for two years and three months for a total of 20 times. She was bright and talkative in the group and eager to talk about various cancer treatments. Her attitude was one of never giving up, and she related to and was supported by other group members with cancer. She felt unhappy about not being able to look after her husband and did not want to worry her family. She just wanted to forget her cancer. But in reality her cancer "had been slowly getting worse" and this was preoccupying her subconsciously. She had consciously avoided facing death and felt an intense uneasiness about the future. Death came suddenly while she was at the hospital. She died 5 years and eleven months after diagnosis.

**がん患者に対する森田療法に基づくグループ・ワークと個人精神療法：3人の“生と死”**

板村論子<sup>1</sup>、北西憲二<sup>2,3</sup>（日本）

1: 帯津三敬塾クリニック; 2: 森田療法研究所; 3: 北西クリニック

日本のがんによる死亡は年間 30 万人を超え、がんは死因の 1 位になっている。我々は“がん”という病いによってもたらされる不安や苦悩の軽減を目的に、森田療法に基づくグループ・ワークを行っている。これまでにその治療的意義について報告してきた。今回 3 人のグループ・ワーク参加者の、それぞれ異なる“死に至るプロセス”について提示する。

＜内省と葛藤の中の生と死＞ 患者Aは 40 才女性、グループ・ワーク参加 5 カ月前に乳がん (stage IIIC) と診断された。グループの参加は 8 回。グループではがんの苦悩をそのまま語り、回を重ねる中で「かくあるべし」生き方の修正へと変化していった。しかし再発が判明し、不安が強いことから個人面接に切り替えた。面接は亡くなる約 4 カ月前まで 2 年半続いた。母親からの愛情を受け取ることができなかったことを常に語り、さびしかった自分、助けを求めたり、甘えられなかった原家族があった。幼い双子の女の子を残し、葛藤をもちながら“死”に至った。診断から 4 年 8 カ月後に亡くなった。

＜諦念の中の生と死＞ 患者Bは 58 才女性、グループ・ワーク参加 3 年前に卵巣がんと診断された。グループの参加は 14 回。グループでは、再発と転移で主治医から「あと数ヶ月」と言われていたがまだ元気であることや、過去を振り返ることよりも日々の生活を語っていた。生涯独身で、教職にあり両親を看取った直後にがんに罹患した。兄弟も先に亡くなっていた。入院後、亡くなる 2 週間前まで 3 回個人面接を行った。面接ではじめてグループで語らなかった家族の話をした。常に死を身近に感じ、ひとり静かに“死”を迎えた。診断から 6 年 10 か月後のことである。

＜つながりの中の生と死＞ 患者Cは 61 才女性、グループ・ワーク参加 2 年 8 カ月前に肺がん (stage IIB) と診断された。再発と多発性転移がある状態でグループに参加。グループ参加は 2 年 3 カ月、20 回。多弁で明るい性格。グループでは、がん治療に関する話題が多く、常にあきらめない姿勢があった。同じがんという病いの仲間に支えられていた。家族に心配かけたくない、夫の面倒がみられないのが辛い、病気を忘れたいと願っていた。しかし現実には「ゆっくり悪くなっている」がんがこころを占めていた。その先がどうなるかという深い不安を抱え、死に直面することを意識的に避けていた。治療目的で入院中に死が突然おとずれた。診断から 5 年 11 カ月後に亡くなった。

## 9. Iwaki (Japan)

### Emotional Guidance in Outpatient Morita Therapy

Kumiko Iwaki (Japan)

*Ken Mental Clinic*

In his treatment of neurosis, Morita indicated that it is important to admit a patient's inner emotions and accept them as they are. Two guidelines are particularly important in Morita Therapy: (a) the guidance towards action (or behaviour), and (b) the guidance towards the treatment of emotions. In present-day outpatient Morita therapy the emphasis seems to be on the former. In this presentation I would like to introduce the case of a patient who was suffering from OCD (obsessive compulsive disorder) and whose symptoms rapidly improved with a treatment that consciously focused on the guidelines for treating emotions.

The patient was a 33-year-old married woman. Her OCD symptoms (which involved her husband) appeared after her marriage. Through the one-year treatment, phases of improvement and deterioration alternated periodically, and the patient reported pain during the times of deterioration. Since I sensed that the progress of the treatment had hit a wall, I decided to change my strategy: instead of asking the patient about her present feelings, I examined the emotions she had experienced when the symptoms of her obsessive-compulsive behaviour first arose. I elucidated all the emotions she had felt at that time and instructed her to allow herself to feel them all fully once more. The patient reported a dramatic improvement in the very next session, and the treatment could be successfully completed a few sessions later.

As stated above, Morita therapy has two main guidelines. In the guidelines for the treatment of emotions, Morita focused not only on the present emotions but also on the emotions and emotional changes that occurred when the symptoms initially appeared. Through my patient's case I could confirm how important the analysis of these original emotions can be for a successful application of Morita therapy.

外来森田療法の感情に対する指導について

岩木久満子（日本）

顕メンタルクリニック

森田は、神経症の治療において、感情の事実にあるのまに純粹に服従することを目指した。その指導としては主として①行動に対する指導②感情に対する指導の2点が重要であるが、現在の外来森田療法では①が主流になっているように演者は感じている。今回は、②を意識した指導を行い、急速に改善を示した強迫性障害の患者の治療経過を示し、外来森田療法の感情に対する指導について検討したい。

症例は33歳の既婚女性である。結婚後より夫への巻き込みを伴う確認強迫行為が出現した。治療開始1年ほどは一時的に改善したかと思うと再燃を繰り返し、患者は悪化のたびに苦痛を訴えた。治療者は治療の行き詰まりを感じ、ある回で視点を変えて発症当時の感情を探ることを試みた。そしてその当時の感情のすべてを明らかにし、それらをしっかりと感じるよう指導した。次の回で患者はその後の劇的な変化を語り、その後数回の面接で治療は終結した。

森田療法の指導には①行動に対する指導②感情に対する指導があるが、特に②では現在の感情だけでなく、症状の成り立ちにまつわる感情の滞りへの指導もある。症状の成り立ちに関する感情の滞りを探り積極的に心を流していく対応は、重要な指導のひとつだと思われた。

## 10. Kitanishi (Japan)

### Basic Concepts of Morita Therapy

Kenji Kitanishi (Japan)

*Morita Therapy Institute and Kitanishi Clinic*

Psychotherapy is closely related to the culture in which it develops. The modern world has been dominated by Western intellectual and scientific thinking, as reflected in psychoanalysis, behaviour therapy, and cognitive behaviour therapy. These therapies have inherent models of enhancing control over inner conflicts and symptoms by way of strengthening the conscious self (i.e., the ego).

Morita therapy is a psychotherapy that lies at the other end of the spectrum. The therapeutic principle of Morita therapy is based on an Eastern understanding of human nature, that is, a belief that is based on the concept of monism and the idea that mind (consciousness), body (matter), and the inner world are ultimately one and the same. The ego and its linguistic representation are considered to be relative and finite. The Moritian understanding of human nature is based on the notion of relativism and the idea that all phenomena derive from mutual relations and interaction.

In my presentation, I will first clarify the fundamental concepts of Morita therapy, then examine the structure of self, and finally discuss the notion of acceptance and the behavioural changes this notion can cause in the individual and his or her concept of self.

Unlike mind-body dualism, with its very limiting view of the self, Morita therapy is based on a holistic understanding of the individual and assumes that we cannot take apart the unity of mind, body, and the inner nature (*inochi* or *life force*), but that all three are mutually connected and interactive. What forms the core foundation of the self is *inochi*. In Moritian conceptualization, the conscious mind plays only a limited role compared to the unconscious mind, which includes the body and the inner nature of a person.

This Moritian perspective casts doubts on the value of language-mediated interpretations and understandings of human experiences often found in other psychotherapies. Morita therapy offers a unique approach for dealing with body and *inochi* (or inner nature), which is called *shizen zuijun* – or following and yielding to nature.

Regarding fear and anguish as inevitable experiences of life, we learn to accept them as they are. Such a Moritian perspective can enhance and actualize our healthy and natural desire for life. By awakening to the fact that there are things that we cannot willfully control or change, such as fear and anguish, we come to recognize and mobilize the desire for life. This is the state of *arugamama* (being as-is), in which fear and anguish are dynamically interacting with the desire for life.



**森田療法の基本的概念**

北西憲二（日本）

森田療法研究所、北西クリニック

精神療法は密接に文化と関連する。現代では西欧の知、あるいは自然科学的考えが世界を席卷している。その知のあり方の代表として、精神分析、行動療法、そして認知行動療法がある。それらは、コントロールモデルであり、それらは自我の強化を通して葛藤や症状をコントロールしようとするものである。

森田療法はそれと対極的な考え方に立っている。森田療法では東洋における人間理解、つまり私たちの精神（意識）、身体、内的自然が一体であるという心身自然一元論がその基礎をなす。そして自我やそれを裏付ける言語に対して限定的に考え、関係論（すべての現象はすべて相互の関係から生じてくる）が森田療法の人間理解の中核となる。

私の発表では、最初に 1) 森田療法の基本的概念を明らかにし、2) 森田療法における自己の構造、そしてそこでの受容の概念と行動の変容を検討する。

森田療法における自己の構造は、心身二元論ではなく、精神、身体、そして内的自然（あるいはいのち）が分かちがたく、また相互に開かれており、その基盤に内的自然（いのち）が存在する。そして森田療法では精神（意識）は身体／内的自然（無意識）と比べればきわめて限定した存在である。

このような点からは、他の精神療法によく見られる言語的な解釈のみの効果については疑問が生じてくる。森田療法は、身体／内的自然（いのち）への接近を試みる治療法である。それを森田療法では“自然随順”と呼ぶ。

そこでは恐怖／苦悩（自然なもの）は恐怖／苦悩として受けいれていくことが、その人の健康な生きる欲望（自然なもの）を感じ、発揮していくことにつながっていく。つまりそのような恐怖／苦悩は私たちの思い通りに出来ないことを自覚することにより、私たちの生きる欲望の自覚と発揮が可能となる。このような状態が“あるがまま”であり、そこでは恐怖／苦悩と欲望がダイナミックに関連している。

## **11. Kobayashi (Japan)**

### **Psychoeducation in Dialectical Behaviour Therapy (DBT) in Return-to-Work Programs: An Explorative Use of an Adjunct Therapy in Morita Therapy Approach**

Mihoko Kobayashi (Japan)

*Odori Koen Re-work Office*

This presentation reports on the experimental use of psychoeducation in dialectical behaviour therapy (DBT) for people who take a leave of absence from work as a consequence of depression and attend a program at our clinic called “Return-to-Work.” The program has been created to assist these people in returning to their former employment or, if necessary, finding a new one. In the past, the effectiveness of Morita therapy in our “return-to-work” program has been discussed. Nevertheless, there are quite a few clients who relapse and go on sick leave again after completing our program.

The primary goals for our clients consist not only in completing our return-to-work programs, but also in making use of the experiences and skills that they have acquired through these programs in their everyday lives. However, we occasionally have cases where clients return to their old behavioural patterns after program completion and then suffer from this relapse. Going back to their former environment makes them often also forget the new understanding and skills they have acquired while participating in Morita therapy. In other words, the problem that many clients have is the development of some kind of repetitive behavioural pattern.

It has therefore become necessary for us to adjust to this situation by adding another treatment, which complements and reinforces the Morita therapy approach, in order to prevent relapses – and we have started to conduct psychoeducation in dialectical behaviour therapy (DBT). As far as the actual use of DBT is concerned, we have endeavored to simplify its language as well as its technique to make it easier to use for both therapist and client. Many repetitions of the DBT techniques are required before users are able to integrate their understanding into new habits. This may seem like a complicated process, but it is actually quite simple and reliable and does not only serve to help clients obtain better life skills but also to prevent relapse.

In this presentation, the effects of DBT as an adjunct therapy in the Morita therapy approach will be discussed. Any comments or advice on future possibilities will be appreciated.

リワークにおける弁証行動療法的心理教育—森田療法的アプローチを補完する試み—

小林美穂子（日本）

大通公園リワークオフィス

今発表では、演者が勤務するリワークにおける弁証療法的心理教育の試みを報告する。リワークでは、うつ病で休職（離職）している労働者を対象にデイケアの枠組みの中で復職支援を行っている。当リワークでの森田療法的アプローチの有用性については、これまでの発表の中でも触れてきた。しかし、リワークを卒業しても、残念ながら再休職に至ってしまう事例も少なからず存在する。

本来であれば、リワーク卒業＝ゴールではなく、むしろ、その後、いかに彼らがリワークで学んだことを日々の生活の中で活かせるかが大事なところである。しかし、元来の自分の行動パターンが再び現れて苦しむケースが散見される。つまり、リワークでは森田療法的アプローチを理解したけれども、現場に戻ると忘れてしまうのである。換言すると、再発する CL に共通するのは、「同じことを繰り返す困ったパターンがあること」である。

そこで、再発を防ぐようなプラスアルファの技法を柔軟に併用していくことが急務と考え、森田療法的アプローチを補完および強化するという意味で DBT（弁証行動療法）的心理教育の実施を試み始めた。但し、実施に際しては、オリジナルの治療法を平易な言葉に置き換え、実践方法をシンプル化することに力を注ぎ、治療者と CL の双方が続けられる工夫を模索した。また、頭の中で理解したことを CL が習慣化できるようになるまでは、繰り返し、繰り返しのトレーニングが必要である。これは、一見、煩瑣な作業であるかのように思われるが、CL がより良く生きるスキルを身につけ、それが再発防止の一助になるのであれば、堅実な方法と考える。

当日は、森田療法的アプローチに加えて行う DBT 的心理教育の有効性について検討し、今後の可能性について、ご助言を頂ければと思う。

## 12. Kotchoubey (Germany)

### **Psychotherapeutic Aspects of Communicating the Diagnosis of a Terminal Disease**

Boris Kotchoubey (Germany)

*Institute of Medical Psychology, University of Tübingen*

Communicating the diagnosis of a terminal disease has severe traumatic effects on the patient and creates serious pressure for the doctor in many cases. First of all, two different cases should be distinguished: (a) situations in which the chance to survive is very low (e.g., cancer at an advanced stage), and (b) situations in which this chance is zero (e.g., cancer at a final stage after unsuccessful therapy, or amyotrophic lateral sclerosis). The fundamental difference is the presence of hope, which will be followed by a severe disappointment, in the former case and the lack of hope in the latter.

Although it may appear paradoxical, patients diagnosed with terminal disease with no hope for cure report better quality of life and lower depression ratings than those with hope for cure. This indicates that the doctor needs to be very careful in finding the right moment for communicating without delay to the patient that there is no hope for cure any longer.

Further, the role of a third person (usually a spouse or close relative) in the process of communicating the terminal nature of the illness is often underestimated or mistaken. It is critical that a third person be involved in this communication process, and that he/she directly be part of a conversation in which bad news is being told.

In such communication, however, the doctor must keep in mind that this third person not only plays a role in providing social support for the dying patient, but also has his/her own thoughts and feelings about life to which he/she is entitled as a human being in his/her own right. The doctor's inability to explicate the third person's own personal existence in parallel with the existence of the dying patient may contribute to the former's neurotic inner conflicts with the feelings of guilt and severe dissonance between this person's own process and the patient's.

## Kotchoubey (Germany)

### 患者に終末期疾患診断を告知する際の精神療法的側面

ボリス・コットチョウベイ（ドイツ）

チュービンゲン大学 医療心理学研究所

患者に余命いくばくもないということを伝えることは、しばし、患者にとって重度の精神的外傷体験となることがあり、医者に対して極度のプレッシャーがかかることが多い。まず、(a) 生存の見込みが低い場合（例、がんの進行期）、(b) 生存の望みがまったく無い場合（例、治療が成功しなかったがんの終末期、筋萎縮性側索硬化症など）、この二つの状況の違いを明確にする必要がある。根本的な違いは、前者は、希望の存在がある（ただし、のちに深い絶望を味わうことになる）、後者は、希望の欠如である。

矛盾しているようだが、生きる希望がまったく無いと余命を告知された患者の方が、生きる希望が少しあると告知された患者より高い生活の質（Quality of Life）と低いうつ状態を体験すると報告した。この結果からしても、医師が、もう治療法がなく治る希望が無いということを、遅延なしにしかも適切なタイミングで告知することに注意を払わなければならない。

さらに、告知の経過において、第三者（終末期の患者の配偶者や親族）の役割の重要性は一般的に過小評価や誤解されたりしている。さらに、第三者が医師から患者への告知の際に立会ってこの悪い知らせを一緒に聞くという直接的な関与が必要である。しかし、告知の場面を第三者が患者と共有するとき、告知に立ち会う第三者は死につつある患者の社会的サポートの一員としてのみではなく、同時に自分自身の人生・存在についての考えや気持ちを持ちそれに向き合うという一個人の人間としての権利を忘れてはいけない。

死に直面した患者への対応と並行して、その第三者に自分自身の存在・人生について自分なりに感じ考える権利をていねいに説明する必要がある。その説明的対話が欠けると、第三者にとって罪悪感や、同じ場に居合わせた患者の体験過程と自分自身のそれとの間の大きなギャップに対して神経症的葛藤に苦しむ結果になるかもしれない。

### **13. Kubota (Japan)**

#### **Consideration on the Efficacy of Morita Therapy**

Mikiko Kubota (Japan)

*Hosei University and Jikei University Center for Morita Therapy*

In order to demonstrate the efficacy of Morita therapy, therapy evaluation must be administered in accordance with the treatment goals and principles of Morita therapy. What is addressed in Morita therapy is not anxiety or its symptoms, but the attitude of being preoccupied with the symptoms caused by anxiety. Morita therapy consequently aims to modify this attitude. Therefore, not only changes in anxiety or its symptoms but also changes in attitude toward anxiety, as well as self-acceptance, and social adaptability need to be evaluated comprehensively to judge the efficacy of this therapy. Based on these principles and considerations, we have conducted a study to evaluate the efficacy of inpatient Morita therapy, by using the following scales: “Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.),” “Semi-Structured Interview for the Assessment of Mental State,” “Global Assessment of Function (GAF),” “Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)” developed by SCL-90-R, and “State-Trait Anxiety Inventory (STAI).”

The results were striking: the scores of all of the above scales showed significant changes from admission to discharge, thus clearly confirming the efficacy of Morita therapy. It was also illuminating that the evaluation acquired from the “Semi-Structured Interview for the Assessment of Mental State” predicted the therapeutic changes better than any pre-existing scales. This semi-structured interview form assesses several items, such as the degree of pain of the symptoms, the disturbance they cause in daily life, and the quality of actions, as well as important Morita therapy concepts, such as the degree of acceptance of the symptoms and the degree of acceptance of the self. Not only the severity of the symptoms and the quality of life, but also the attitude (degree of acceptance) towards the symptoms and towards the self need to be evaluated for the objective demonstration of the efficacy of Morita therapy.

Thus, we would like to present and discuss the problems inherent in the objective evaluation of the “attitude” that Morita emphasizes as well as the challenges that need to be addressed in future studies that examine the efficacy of Morita therapy.

**森田療法の治療効果に関する検討**

久保田幹子<sup>1,2</sup>（日本）

1: 法政大学; 2: 東京慈恵会医科大学森田療法センター

森田療法の治療効果を実証するためには、森田療法の治療理念も考慮に入れ、その目標に即した効果判定が必要である。森田療法では、不安や症状そのものではなく、症状にとらわれた姿勢を問題とし、その修正を図っていく。したがって、治療効果を判断する上では不安や症状の変化のみならず、不安に対する態度、自己受容、社会適応力の変化も含めて、総合的に評価することが必要となる。我々はこれまでに、「M.I.N.I 精神疾患簡易構造化面接法」、「状態評価のための半構造化面接」、「機能の全体的評定尺度（GAF）」、Rosenberg の開発した自己評価尺度、SCL-90-R、STAI 不安尺度を用いて入院森田療法の治療効果を検討してきた。

その結果、全ての尺度において入院時と退院時に有意な変化が認められ、入院森田療法の治療効果が示された。また治療的变化を予測する上では、既存の尺度よりも「状態評価のための半構造化面接」の判断が重要であることが明らかになった。半構造化面接では、症状の苦痛、生活の支障、行動の質に加え、症状の受容、自己受容といった森田療法の重要な治療的要素を評価している。それだけに、治療効果をより客観的に示すためには、症状の程度や生活の質だけでなく、症状や自己に対する態度（受容）を測ることが必要となる。

そこで今回は、森田療法が重視している「態度」を客観的に測定する上での課題や、今後の効果研究の課題について検討したい。

#### 14. Li et al. (China & Japan)

##### A Study on Psychopathology of *Toraware* in Phobia and Obsessive-Compulsive Disorders

JiangBo Li<sup>1</sup>, Sizhong He<sup>1</sup>, ChengLong Wan<sup>1</sup>, CuiZen Zhu, Gui Gui<sup>2</sup>, Wei Rong<sup>1</sup>, (China),  
and Kei Nakamura<sup>3</sup> (Japan)

1: 皖南医学院附属芜湖市第二人民医院临床心理科; 2: 武汉大学人民医院;

3: Jikei University School of Medicine Department of Neuropsychiatry

- Objective:** To study the psychopathology of TORAWARE, a state of ‘imprisonment’ due to preoccupations with affective symptoms, among patients suffering from phobia and obsessive-compulsive disorders.
- Methods:** The treatment group consisted of 24 patients with phobia and 37 patients with obsessive-compulsive disorders, while there were 89 persons in the non-patient control group. All patients received outpatient Morita therapy combined with conventional drugs. The Self-rating Scale for the TORAWARE state of Neurosis (SSTN) and the Self-Rating Anxiety Scale (SAS) were administered to both treatment and control groups before the treatment and three weeks after the treatment.
- Results:** Before treatment, the STTN average score – in total as well as for each factor – had been significantly higher in both the phobia treatment subgroup and the OCD subgroup than the STTN average score for the control group. Three weeks after outpatient Morita therapy for both of the treatment subgroups, the average score for each factor and the average total score of STTN and the average total score of SAS all dramatically decreased compared to the pre-treatment score.
- Conclusion:** TORAWARE can be described as psychopathology commonly found in phobia and obsessive-compulsive disorders. TORAWARE is composed of *seishin kogo sayo* (a mechanism of attention-mediated aggravation of symptoms), *chui no kochaku* (attentional fixation), *shiso no mujun* (contradiction or distortion of thinking), as well as of a low level of tolerance for accepting the symptoms, decreased physical and social functioning, and an increased tendency toward perfectionism. The results of the study clearly showed that TORAWARE had been significantly reduced after the patients had received Morita therapy.



**恐怖性不安障害、強迫性障害のとりわれの精神病理に関する研究**

李 江波<sup>1</sup>、何 思忠<sup>1</sup>、万 承龍<sup>1</sup>、朱翠珍<sup>1</sup>、桂瑰<sup>2</sup>、戎 偉<sup>1\*</sup>、中村 敬<sup>3</sup>

1: 皖南医学院附属蕪湖市第二人民医院臨床心理科 (中国)、2: 武漢大学人民病院 (中国)、

3: 東京慈恵会医科大学精神医学講座 (日本)

**目的:** 恐怖性不安障害と強迫性障害における「とりわれ」の精神病理を研究する。

**方法:** 神経症とりわれ自己評価スケール (SSTN) と Zung の自己評価式不安尺度 (SAS) を用いて、24 名の恐怖性不安障害、37 名の強迫性障害者と 89 名のコントロール群を調査した。

**結果:** 外来森田療法治療の 3 週間後に、恐怖性不安障害と強迫性障害患者群の SSTN の各因子平均得点、平均総得点及び、SAS の平均総得点は外来治療前に比べて有意に軽減された。治療前に恐怖性不安障害と強迫性障害患者群の SSTN の各因子平均得点、平均総得点はコントロール群より有意に高かった。

**結論:** 恐怖性不安障害と強迫性障害における「とりわれ」は一つの共通の精神病理状態であり、この状態に表れる精神病理は精神交互作用、注意の固着、思想の矛盾、症状の受容性の低下、身体・社会機能の低下、完全欲の増強である。この研究の結果として、森田療法を受けたあとに「とりわれ」が有意に低減したことが明示された。

## **15. Lu (China)**

### **Morita Therapy in China**

**Yingzhi Lu (China)**

*Zi Bo Mental Health Center*

China first came into contact with Morita therapy during the 1940s, when Dr. Usa and Prof. Takehisa Kora were invited to give lectures on Morita therapy in China. After that, several famous specialists in China began to apply Morita therapy to treat their patients, and published papers in national and international journals. Chinese clinicians gradually gained more and more understanding about Morita therapy. In 1990, a visiting Morita therapy delegation, which was led by Mr. Okamoto Tsuneo, promoted the popularization of Morita therapy in China. Between 1990 and 2000, the Japanese Society for Morita Therapy visited China 27 times and invited Chinese scholars to Japan for investigation and training. All of the scholars involved in this early phase have become the backbones for Morita therapy in China. In the past 20 years, Morita therapy has been flourishing in China. China has successfully hosted the International Congress of Morita Therapy twice and the China Congress of Morita Therapy 9 times. Currently, about 100 medical organizations are practicing Morita therapy in China and have cured numerous people suffering from mental diseases. In addition, a large number of books and papers about Morita therapy have been published recently that symbolize the awakening interest in Morita Therapy in China.

**中国における森田療法**

路 英智 (China)

淄博市精神衛生センター

中国に森田療法が初めて紹介されたのは、宇佐博士と高良武久教授が 1940 年代に中国に招かれて同療法の講義を行った頃である。その後、有名な中国の専門家たちが森田療法を現地の患者に適用し始めた。そして国内学術誌と国際的学術誌に論文を掲載するようになり、中国の臨床家たちは徐々に森田療法のことを知るようになった。1990 年には岡本常男氏の率いる森田療法家の訪問団によって中国国内での森田療法の普及と浸透が始まった。1990－2000 年の期間には日本森田療法学会は 27 回にわたって中国を訪問し、さらに、中国の学者たちを研究と訓練のために日本に招いた。中国における森田療法の普及の黎明期のころのすべての学者たちは、やがて中国における森田療法の発展を支える中心人物となった。過去 20 年間、中国において森田療法は大きく開花し発展してきた。中国は過去に国際森田療法学会を 2 度、中国森田療法学会の国内会議を計 9 回開催した。現在のところ中国ではおよそ 100 の医療機関が森田療法を行っており、精神障害に苦しむ多くの患者を治してきた。さらに、最近ひじょうに多くの森田療法についての書籍や論文が発行されていることは、中国で森田療法が注目される存在となったことを物語っている。

## 16. Lyubov (Russia)

### The Burden of the Suicide Death Toll in Russia as an Indicator of the Necessity to Develop State and Local Anti-Suicide Programs

Yevgeny Lyubov (Russia)

*Moscow Research Institute of Psychiatry*

**Purpose:** to determine the burden of suicide death toll at state and regional levels.

**Data and methods:** Analysis of the official medical statistics on suicide death tolls, calculating the burden in standardized units of the World Health Organization – years of life lost (YLL) and loss of a national income (2009).

**Results:** Suicide-related losses exceeded those of other external reasons and are similar to losses due to malignant neoplasms and ischemic heart disease (IHD). Young people account for the largest share of total YLL (40%) because of suicide. Suicides account for most deaths of external reasons among working-age people (20-59 years old). Suicide is the second cause of death among men – with IHD being the leader. Men account for 90% of suicide-related losses. Russia's Volga and Siberia Federal Districts, most of which offer only very rudimentary preventive anti-suicide programs, are leading in terms of YLL. Society sustains a loss of 5 million rubles from male suicides and 800,000 rubles from female suicides. Russia suffers from a total loss of 150 billion rubles due to essentially avoidable mortality. This amount is five times as high as the loss reported in the United States. The resource-saving result of a program to prevent a third of suicides in Russia will amount to around 50 billion rubles.

**Conclusions:** Scale and structure of essentially avoidable suicide mortality enhances the importance of the medical and social issue and thus serves as scientific evidence for the importance of developing local and state programs for suicide prevention; identifying target groups among the population that demand the most therapeutic and preventive intervention will be the first step in implementing a new program.

**国家・地域レベルの自殺防止プログラムの必要性を示唆するロシアの自殺率の重荷**

エフゲニー・リュボフィ（ロシア）

モスクワ精神医学研究所

**目的：** 国家・地域レベルでの自殺率の重荷を究明すること

**資料と方法：** 世界保険機関(WHO)の標準化された単位による 2009 年の損失生存年数(YLL)と国民所得の損失を算出し、自殺率における医療統計を分析

**結果：** 自殺に関連する死亡数は、外的原因による死亡数を超過しており、悪性腫瘍および虚血性心疾患(IHD)による死亡数に匹敵する。若者の死亡率は自殺によるものが最大の割合(40%)を占める。自殺は労働人口(20歳から59歳)の外的原因の中での最大の死因である。また自殺は男性の死因のうち虚血性心疾患(IHD)に次いで2番目である。自殺関連の死では、その90%を男性が占める。初期段階の自殺防止プログラムしかないロシアの沿ヴォルガおよびシベリア連邦管区が損失生存年数をリードしている。男性の自殺によって500万ルーブル、女性の自殺によっては80万ルーブルの損害が出ている。ロシアにおける防止可能な死亡による損害の合計額は150億ルーブルにのぼり、その額はアメリカ合衆国の防止可能な死亡による損害額の5倍にのぼる。自殺防止のプログラムにより、ロシアにおける3分の1の自殺が防止できれば、約50億ルーブルの損失を防ぐことができる。

**結論：** 防止可能である自殺による死亡率の規模と構造は医療そして社会問題の重要性を強調する。それゆえ、国家・地域レベルでの自殺防止プログラムを開発する重要性の科学的証拠である。また、心理療法や自殺防止のための介入を最も必要とする人口を特定することが新プログラム実施の第一歩である。

## 17. Madorsky (Russia)

### Dealing with Shinkeishitsu: Subconsciousness and Psychotherapeutic Strategies

V. V. Madorsky (Russia)

*Rehabilitation Center Nadezhda, Rostov-on-Don*

Personality disorders, such as *shinkeishitsu*, can be very difficult to treat because patients suffering from them usually display a variety of psychological defense mechanisms that block their healthy development as well as the therapist's opportunity to assist them with the use of rational, cognitive-behavioural strategies. Work with such individuals should therefore be aimed at helping them gain experience in the harmonious expression of their feelings as well as in the creation of more order and balance in their outer and inner life –by involving their own subconscious processes. An important part of the psychotherapy process in such cases consists of educating patients to “reprogram” their subconscious processes by using special “languages” that can access the subconscious mind: ideomotor movements, emotions, sensations and visual images. This reprogramming of the patients' subconsciousness can be carried out within the framework of various psychotherapeutic modalities, such as guided affective imagery (also known as katathym imaginative psychotherapy), Ericsson hypnosis, NLP, focusing, etc. The specific method should be determined by the specific characteristics and preferences of each individual patient. It is desirable to start working on the subconscious level right after the initial phase of the patient's “uprooting” from his or her stereotypical actions and emotional response patterns - with the help of Morita therapy or family therapy – has been completed.

Educating patients to develop new methods of action and response to the world is essential for success. What has been proven particularly effective in this context is the use of trance techniques, which can effectively start the process of self-regulation at a deep subconscious level. Teaching patients “subconscious languages” as self-care techniques in case of mood fluctuations has also proven to be successful, since these techniques can help patients be able to regulate their emotional states themselves. A mandatory part of the therapeutic work should also include cognitive-behavioural therapy, which teaches patients to overcome the difficulties they face in life effectively and without “escape in the disease.” Methods of using creative approaches (for example, art therapy and creative expression therapy, as described by M.E. Burno) offer many benefits as well, but they should not be used as a substitute for the adequate social and work rehabilitation of the patients.

### 神経質を扱う—心理療法と潜在意識

V.V. マドロフスキー (ロシア)

ナデズダリハビリテーションセンター所長、ロストフ

神経質や人格障害に対する治療は非常に困難である。なぜなら、それ等の障害には、患者達の健全な発達と、合理的な認知行動戦略を用いて支援する機会を妨げる様々な種類の防衛メカニズムが伴うからである。したがって、このような患者に対応する際には、患者自身の潜在的なプロセスを取り込む事によって、調和のとれた自分の感情表現をするという体験と、「外と内」の生活に、より秩序とバランスを生み出すという体験をしてもらう手助けをする、という事に狙いを定めるべきである。こういったケースにおける心理療法過程に重要な事は、観念的な動き、感情、感覚と視覚的なイメージなどの、潜在的な心にアクセスすることができ得る特殊な「言語」を使用して、その潜在的プロセスをプログラムし直すよう患者を導いていくという事である。この潜在意識の再プログラミングは、感情イメージ誘導（カタチューム イマジナティブ プシヒョテラピーとしても知られている）、エリクソンの催眠療法、NLP、フォーカシングなど、さまざまな心理療法の枠組みの中で行う事が可能である。特定の手法というものはそれぞれの患者の特性や好みを加味した上で選ぶべきである。潜在的なレベルに働きかけるタイミングとしては、患者がその典型的な行動、感情反応パターンを根絶するための初期段階が完了した直後に、森田療法や家族療法を用いて開始することが望ましい。

患者に新しい行動のとり方や、外界に対する応答の方法を学んでもらえるように導いていく事は治療成功にとって必要不可欠な要素である。この文脈において特に効果的と実証されているのがトランステクニック（trance techniques）と呼ばれるものの導入であり、それにより、深い潜在意識レベルでの自己制御プロセスを効果的に開始する事ができるのである。「潜在的な言語」を気分変動の場合に対処するためのセルフケアテクニックとして患者に教えるということも、功を奏するという事が証明されている。なぜなら、これらの技術を用いる事によって、彼ら自身が自らの感情の状態を自らの手で調節することができるよう援助してゆけるからである。治療の必須の部分として認知行動療法も含める必要がある。というのは、「病気に逃げる」という事をせず、人生で直面する苦悩を効果的に克服するという事を患者に教えるためである。芸術療法や、M.E.ブルノによって提唱された、創造的表現療法などを例とする創造的なアプローチを用いる手法は多くの利点をもたらすが、患者に必要な、十分な社会的、および職業リハビリテーションの代わりとしては用いるべきではない。

## **18. Minami (Canada, Rwanda)**

### **Morita-Based Psychosocial Reconciliation Approach - Case Studies from Post-Genocide Rwanda -**

Masahiro Minami

University of British Columbia (Canada)

*Prison Fellowship Rwanda-Morita Centre for Peace and Reconciliation Research (Rwanda)*

Psychosocial reconciliation between victims/survivors and perpetrators of the 1994 Rwandan genocide is considered one of the most important priorities to maintain peace and harmony in the developing young country of Rwanda. This presentation outlines limitations of a forgiveness-based verbal reconciliation approach by demonstrating a clip and verbatim transcripts from an actual reconciliation counselling session that took place in a remote village of Rwanda. Using video clips, the presenter highlights key challenges that posed critical yet realistic barriers to psychological reconciliation and the conflict resolution process existent in this particular context. The presenter then introduces an overview of a new Morita-based psychosocial reconciliation approach (termed ABPRA) along with its theoretical as well as empirical foundations. The presenter will report preliminary findings from three reconciliation dyads, by highlighting themes that capture the essence of the action-based reconciliation and its process, with transcripts and video-clips of actual action-interactions among the 3 pairs that led to the emergence of the themes.



## Minami (Canada, Rwanda)

### 森田ベース心理的社会的和解アプローチ ポストジェノサイド・ルワンダにおけるケーススタディ

南 昌廣 (カナダ、ルワンダ)  
ブリティッシュコロンビア大学  
プリズンフェローシップ・ルワンダー・森田平和和解研究所

1994年に起こったルワンダ大量虐殺。その被害者／生存者と加害者との心理的和解は、今日の発展を遂げるルワンダにおける平和維持、民族統合において、最も重要な急務である。演者は、ルワンダの遠い農村部で行われている、実際の和解カウンセリングのセッションから引用した逐語録と録画クリップを用いて、西洋の“赦し”と“ことば”を媒介とした和解法の限界を表出し、この種の媒介法をベースとした和解法と紛争解決手段プロセスのコンテクストに潜む決定的、致命的にして現実的な障壁を特記する。その上で演者は東洋の智、森田療法を和解法の理論、実践、実証的基礎として開発した、行動、共同作業を媒介とした新しい心理的社会的和解法を紹介する。演者は1年間ルワンダに赴き、現地機関と協力してその和解法を実際の被害者／生存者と直接の加害者とで構成された3組の“和解ペア”を対象に現地施行し、そのデータを集積した。この森田療法をベースとした和解法に“従事する”ことによって被害者／生存者は、そして加害者は、そしてペアの間の関係はどのように変容を遂げたのかということ、そしてインタビューデータの質的解析により浮かびあがった、この和解法による変容のエッセンスを報告する。なお研究結果は、変容テーマ表出の元となった被験者の証言を逐語録を用いて、そしてその変容の瞬間を実際にとらえたビデオクリップで綴る。

## 19. Mullan (UK) & Minami (Canada)

### Measuring the Effectiveness of Morita Therapy: The Exeter, Tokyo and Vancouver Collaboration

Eugene Mullan<sup>1</sup> (UK) and Masahiro Minami<sup>2</sup> (Canada & UK)

1: University of Exeter; 2: University of British Columbia

Guidelines for practicing outpatient Morita therapy were published in 2010 and advised that Morita therapists should evaluate the effectiveness of Morita therapy<sup>1</sup>. The guidelines were an invitation to develop and identify specific measures to assess outcomes. A number of symptom measurement tools were already in use by Morita therapy practitioners in Japan but there was an identified need to collaborate on a Morita specific tool for measuring outcome. The development of a new outcome measure is also a response to a key challenge if Morita therapy is to become an accepted treatment in the UK. The challenge will require the development of an evidence-base open to appraisal by those of us who develop clinical guidelines and protocols for the recommendation of therapeutic interventions and training programs.

A staged clinical research program was conceived to advance the measurement of Morita therapy. Two stages of work to develop the outcome domains have already been undertaken to date and described in detail at previous conferences. A third stage, to develop a new, cross-cultural measure for Morita therapy patients, was presented at the Morita therapy conference in Tokyo (2012). The specific objective was to establish the views of Japanese experts in Morita therapy on the most appropriate items to include and to undertake a research program to create a robust measure.

The presentation will give an update on this research over the last year with an overview of the next stage of the research proposal including protocol development.

#### References:

- Nakamura et al. (2010). *Guidelines for practicing outpatient Morita Therapy: English Edition*. Tokyo, Japan: Japanese Society for Morita Therapy.
- Richards, D. A., Mullan, E. G., Ishiyama, F. I., & Nakamura, K. (2011). Developing an outcome framework for measuring the impact of Morita Therapy: A report from a consensus development process. *Japanese Journal of Morita Therapy*, 22, 165-173.

**森田療法の効果測定**

ユージーン・マラン<sup>1</sup> (英国)、南 昌廣<sup>1,2</sup> (カナダ・英国)

1: エクセター大学、2: ブリティッシュコロンビア大学

**背景.** 外来森田療法実践のガイドライン (Nakamura et al., 2010) が 2010 年に出版された。その中で、森田療法家はその治療効果を評価すべきであるということが助言されている。ガイドラインは森田療法の治療効果を測定する特定の尺度を構築し特定する事を奨励している。現在森田療法を実践する日本の臨床家たちの間でも、症状を測定する数々の尺度が既に使われているが、森田療法特有の変容を測定する事ができ得る尺度の構築を、共同研究によって進める必要性が指摘されている。新しい効果尺度の構築は、森田療法が英国において認可を受けた治療法と成り得るための挑戦において大変重要な鍵を握っているのである。その挑戦を乗り越えるためには、臨床ガイドラインや療法的介入及び臨床トレーニングプログラム推奨のためのプロトコルなどを開発する者たちが、オープンに吟味できるようなエビデンスベースを構築する事が必要不可欠なのである。

森田療法の効果測定尺度構築を進めるために段階的な臨床研究プログラムが組まれた。これまでに、計測すべき効果ドメインを特定するための2段階の研究がなされ、過去の学会にてその詳細を明らかにしてきた(Richards et al., 2011)。そして、異文化にも対応できる新しい森田療法の治療効果尺度を構築するための第3段階の研究内容を昨年の日本森田療法学会（東京）にて発表した。本研究の主な目的は、日本の森田療法家達の見解を基に、効果測定に最も適したアイテムを選出し、実証研究によって堅固な尺度を構築する事にある。このプレゼンテーションでは昨年度の研究結果、成果と、臨床プロトコルの開発も含めた次の研究ステージの概要を報告したい。

**参考文献**

- Nakamura et al. (2010). *Guidelines for practicing outpatient Morita Therapy: English Edition*. Tokyo, Japan: Japanese Society for Morita Therapy.
- Richards, D.A., Mullan, E.G., Ishiyama, F.I., & Nakamura, K. (2011). Developing an outcome framework for measuring the impact of Morita Therapy: A report from a consensus development process. *Japanese Journal of Morita Therapy*, 22, 165-173.

## 20. Nakamura (Japan)

### Practice of Morita Therapy

Kei Nakamura (Japan)

*Jikei University School of Medicine and Jikei University Center for Morita Therapy*

In this lecture, I will outline the current practice of Morita therapy mainly in Japan. Morita therapy has been applied to various neurotic disorders, such as OCD, social anxiety disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder, and somatoform disorders. Moreover, the application of Morita therapy has dramatically expanded and is now being used for chronic depression, social withdrawal, PTSD, psychosomatic diseases, the anxieties of the physically ill, as well as for counseling in schools and businesses. The basic structure of Morita Therapy used to be inpatient treatment, which consists of four phases of treatment. However, while private institutes were the main providers of inpatient treatment in the past, inpatient treatment is now offered by only a limited number of medical universities and psychiatric hospitals.

At the same time, we have observed a rapid increase in the number of private clinics that provide outpatients with Morita therapy. Because of this situation, the Japanese Society for Morita Therapy developed “Guidelines for Outpatient Morita Therapy” in 2009. One year later, these guidelines have also been translated into English and Chinese. The following five therapeutic components have been identified as the basis for the guidelines of outpatient Morita therapy practice: (1) increasing patients’ awareness and acceptance of emotion as it is, (2) recognizing and mobilizing the desire for life in patients, (3) clarifying the vicious cycle, (4) offering behavioural instructions, and (5) facilitating patients’ evaluation of their behavioural patterns and lifestyles. This lecture will further elaborate on these guidelines.

## Nakamura (Japan)

### 森田療法の実践

中村 敬（日本）

東京慈恵会医科大学附属第三病院 精神神経科; 森田療法センター

今回の講演では、主として日本における最近の森田療法の実践について概略を紹介する。森田療法は強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、全般性不安障害、身体表現性障害など様々な神経症性障害に適用されてきた。さらには慢性うつ病、社会的ひきこもり、PTSD、心身症、身体疾患を有する患者の不安、そして学校や職場のカウンセリングにも幅広く森田療法が応用されている。森田療法は、4期の治療期間からなる入院治療が基本形であった。最近では、入院森田療法は以前のような民間の専門施設に替って、少数の医科大学や精神科病院によって提供されている。

その一方、外来で森田療法を行うクリニックが急増している。こうした状況において、日本森田療法学会では2009年に「外来森田療法のガイドライン」を作成し、2010年には英語、中国語にも翻訳された。このガイドラインには以下の5つの治療的要素が挙げられている。(1) 感情の自覚と受容を促す、(2) 生の欲望を発見し賦活する、(3) 悪循環を明確にする、(4) 建設的な行動を指導する、(5) 行動や生活のパターンを見直す。当日は、ガイドラインについてより詳しく解説する予定である。

## 21. Niimura et al. (Japan)

### Aging and Arugamama

**Hideto Niimura<sup>1</sup>, Chiyo Fujii<sup>2</sup>, Masaaki Murakami<sup>3</sup>, and Masafumi Mizuno<sup>4</sup> (Japan)**

*1: Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University; 2: School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University; 3: Department of Sociology, Meiji Gakuin University; 4: Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Toho University*

Morita Therapy originated as a treatment for neurotic patients with an adolescent mentality, but its application has recently been expanded to include elderly patients. Here, we will discuss how Morita Therapy views old age and how it can be used to help seniors cope with the aging process.

Aging is inevitable and associated with physical and mental decline as well as with decreased interaction with society. Morita therapy encourages patients to accept their aging self, learn the value of existential suffering, resolve their fears and anxieties by confronting them, and live with humor and optimism.

For elderly people the concept of the fear of death takes on a concrete meaning, which may make it challenging for them to follow their therapist's advice and adopt a purpose-oriented perspective. Therefore, therapy for elderly patients should emphasize support and gradual progression. Therapists should encourage the elderly to recognize the truth that one can live only by depending on one's own uneasy and unreliable body with gratitude. Therapists should guide patients to change from a mood-oriented lifestyle to a purpose-oriented lifestyle and to devote every day to completing their personal tasks and duties as far as this is possible. During this process, patients will be able to find their purpose in life, gain hope, accept the experience of loss with its various symptoms "as it is experienced" (*arugamama*), and cope with the fear of aging.

In essence, there is no special way of applying Morita therapy to the aging population. However, Morita therapy contains at its very heart the therapeutic principle that can be used to work with seniors: it is the art of shifting their 'fear of death' to a new 'desire for life.'

老いと「あるがまま」

新村秀人<sup>1</sup>、藤井千代<sup>2</sup>、村上雅昭<sup>3</sup>、水野雅文<sup>4</sup>（日本）

1: 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室; 2: 埼玉県立大学保健医療福祉学部;

3: 明治学院大学社会学部; 4: 東邦大学医学部精神神経医学講座

森田療法は元来「青年期」心性をもつ神経症患者を対象として創始された。近年、適応の範囲が拡大するとともに、高齢者も治療の対象となってきた。森田療法は老いをどうとらえ、どのように扱ってきたのか について検討する。

老いは誰にも避けることはできない。歳をとるにつれて、心身機能が低下し社会参加が乏しくなる。森田療法は、自分の老いの事実を受け入れ、苦しむことの大切さを学び、不安・恐怖を現実の行動と共存することで解決し、ユーモアや肯定的態度をもつよう促す。

高齢者においては、「死の恐怖」が現実味を帯びてきており、治療者の助言に従って目的本位の理知的態度をとることは困難になってしまう。そこで、老年期への治療の工夫として、支持的側面を重視する、ゆっくりとしたペースで進めていく。恨み恐れしていた自らの身体にありがたく依拠してしか生きられないという事実の認識を促す。そして、気分本位から目的本位へ転換し、日々のなすことを可能な限り一生懸命行うよう導く。この過程において、クライアントは人生の目的（生きがい）を見つけ、希望を得て、症状の背景にある様々な喪失体験を「あるがまま」に受け入れ、老いの恐怖に対処できるようになっていく。

つまり、老いのための特別な森田療法がある訳ではない。森田療法自体が本来的に老いに対処する技法（art）を内在しているのである。それは、「死の恐怖」を「生の欲望」に転化することである。

## 22. Patyayeva (Russia)

### Morita Therapy and the Problem of Self-Determination

Catherine Patyayeva (Russia)

*Moscow State University*

There is a classic story of a young man asking for advice from Dr. Morita. “I’m shy,” says the man, “how can I conquer my shyness?” And Dr. Morita answers: “Do what should be done, and let your shyness be with you.” And this Morita principle works in many different situations. I have read reports of various men and women who have overcome anxiety, anthropophobia, headaches, chronic stress and other psychological problems following this principle. Moreover, I have successfully used it myself while being anxious about presenting my paper at a conference.

But what if a troubled person does not know what he/she *should* do? What if this person is Dostoevsky’s hero, Rodion Raskolnikov, who fell sick trying to decide if he should kill the old pawnbroker or not? Or what if this person is a young woman who longs to have children and is torn between her husband, whom she adores but who does not want any children at all, and another man, who loves her and dreams to have children with her but whom she does not love herself?

The requirements of modern life are often highly controversial. It is not always easy for individuals to determine what they should do, and what their true purpose or constructive action should be. Such problems of self-determination are not usually considered to be the targets of Morita therapy either. However, the problems of self-determination can be dealt with in the context of the dialogical self – a concept developed by the great Russian scholar M.M. Bakhtin. And integrating Bakhtin’s ideas with Morita’s practical approach can bring very interesting developments to the psychological and the psychotherapeutic practice.



**森田療法と自己決定の問題**

カテリーン・パトヤイエヴァ（ロシア）

モスクワ国立大学

ある若者が森田先生に助言を求めた古典的な話がある。その若者は「わたしは恥ずかしがりやですが、どうやって克服したらいいのでしょうか」と問い、森田先生は「恥ずかしいという気持ちと共に、やるべきことをやってみなさい」と答えた。森田の治療方針は様々な異なった状況においても効果がある。森田の治療方針によって、様々な男女が不安、対人恐怖、頭痛、慢性のストレス、心理的問題などを克服したという報告を読んだ。さらに、私自身、学会発表の際の不安に対処うまく対応した経験がある。

しかし、もし精神的に困惑している人がどうしたらいいかわからない場合を想定しよう。もしこの人がドストエフスキーの小説にでてくる **Rodion Raskolnikov** だったらどうなるのだろうか。彼は年をとった質屋の主人を殺すべきかどうか悩んで病気になった。あるいは、子供がほしくて仕方ない若い女性がいたとしよう。彼女には彼女が深く愛している夫がいるが、その夫は自分たちの子供をほしいと思わない。もう一人の男性は彼女のことを愛し2人で子供を持つことを夢見ているのだが、彼女自身はこの男性に対して愛を感じない。これらの2人の男の間で彼女は板挟みになっている場合を考えてみよう。

現代の生活における要求はしばしば物議をかもしだす。一体何をしたらいいのか、本当の目標や建設的な行動とは何か、を決めることは簡単ではない。自己決定にまつわる問題については森田療法の対象ではないが、自己決定についての問題は、ロシアの偉大な学者 **M. M. Bakhtin** が開発したコンセプト **dialogical self**（対話的自己）によって対応することができる。そして森田の実践的なアプローチを **Bakhtin** の考えに融合することによって大変興味深い発展が心理学的、心理療法的な実践にみられる。

### **23. Sasaki, T. (Japan)**

#### **Common Factors between Morita Therapy and ACT: Findings through Personal Experiences and Considerations**

Tomoshiro Sasaki (Japan)

*Dohoto University*

Similarities and differences between Morita therapy and ACT (Acceptance and Commitment Therapy) have recently been discussed. ACT has been spreading throughout the world as the 3rd generation of CBT (cognitive behavioural therapy). Both Morita therapy and ACT do not only emphasize the acceptance of symptoms and problems but focus also on behaviour exhibited simultaneously – behaviour which is required of the individual in response to the situation at each moment. Apart from the differences in terminology and therapeutic tools, one cannot help but be surprised to recognize how similar the two approaches are in terms of their fundamental concepts and ways of thinking.

In his late teens and twenties, the author suffered from communication disturbance problems and received outpatient care for several years for social anxiety disorder treatment. He eventually overcame his initial obstacles and now works professionally as a clinical psychologist. However, the recovery process involved many difficulties and hardships and was not an easy and smooth path. In his retrospective analysis, the author draws attention to several essential points of Morita therapy and ACT that have served as positive therapeutic factors, including the significance of continuous efforts to put therapy homework into daily practice. In addition, the experience of failures and even handicaps in this process were regarded as challenges and precious learning experiences for stimulating personal growth and further self-improvement.

The author thus confirms the therapeutic and educational benefits inherent in these two therapeutic approaches (i.e., Morita therapy and ACT) through an analysis of his own experiences and discusses in detail the findings derived from his painful but meaningful journey of personal struggles in his young days.

森田療法と ACT の類似性～私の人生を事例として～

佐々木智城（日本）

道都大学

近年、認知行動療法の ACT の考え方が森田療法と類似点が多いことが示され、森田療法の考え方が見直されている。自らの不快な感情や感覚をあるがままに受け入れながら生きて行くという森田療法の考え方は患者の回復後の如何に生きるかという生き方の提案として示すことができる。森田正馬は自身の体験から森田療法の概念を形成した。これを参考に森田療法の概念を私の人生を事例として当てはめながら、今後の森田療法の臨床での活用方法を検討したいと思う。

私は 10 代から 20 代にかけて、社交不安障害により他者とのコミュニケーションが困難な状態に陥った。自宅にひきこもりがちになり、通院治療を数年間受けた。その治療によって不安症状が軽快し、大学に 2 度目の入学、大学院、病院勤務と経歴上は進んで行くが、内面では順調なことばかりではなく、時には挫折しそうな心境に陥る事もあった。そのような時には回避したい気持ちが現れたが、最終的には「あるがまま」の心境で目の前の課題をこなすことで乗り越えて来た。

人はやっただけの範囲でしか力を発揮出来ない。しかし、出来る限りやったら自信をもって臨める。「あるがまま」の心境で臨むには自分への自信と今まで上手く行ったという自信を支える根拠が必要。その根拠をつくる事が出来れば自信を持って等身大の自分で課題に臨める。そのことに気付いたときからやることに手を抜かず取り組み、失敗したとしてもそれには意味があり、次に生かせるので経験として十分に心境を味わい、受け入れて糧とするように意識してきた。嫌な感情を持つ場面にも意味があり、それを取り込む事で自分の内面が大きく豊かになり、余裕も出てくるので、嫌な感情もプラスの意味がある。発表等で緊張する場面でも、それを終えた後は発表前の自分とは違い、1 つ乗り越えた自分である。

このような生き方は森田療法の「あるがまま」、認知行動療法の ACT (Acceptance and Commitment therapy) に通じるものであり、私が社交不安障害から回復してからの生き方と重なる。様々な疾患からの回復を目指す人には回復後に楽しい人生が待っている訳ではなく、通常の生活上の課題が待っているので、生き方の提案も必要となる。私の経験からも森田療法の考え方は一案として充分提供出来るものと言える。

## **24. Sasaki, A. & Ishiyama (Canada)**

### **Themes of Personalized Learning and Personal Growth Facilitated by Morita Therapy Training**

Ayumi Sasaki and F. Ishu Ishiyama (Canada)

*University of British Columbia*

Studying theories and practices of psychotherapeutic approaches is not merely a process of intellectual and professionalized training. It inevitably also provides opportunities for clinical practitioners and trainees to self-reflect, explore their own personal issues, and enrich their perspectives on life and human nature. It has been known that Morita therapy facilitates the process of personalized learning, self-understanding, and personal growth among the learners of Morita therapy, the benefits that seem to parallel the therapeutic process akin to the underpinnings of Morita therapy. There is limited literature on this subject, especially outside of Japan, where Morita therapy is hardly known and practiced only by a small minority of helping professionals and trainees. This paper identifies and explores themes of personalized learning and personal growth facilitated by Morita therapy training experiences, based in particular on the qualitative data and written feedback from participants of recent brief training workshops in Canada, interviews with learners and practitioners of Morita therapy, and focus group discussions. The identified learning and growth themes reported by Morita therapy workshop participants and practitioners are compared to those identified as general themes of personal growth in Western literature. We discuss the unique aspects of Morita-based personalized learning and personal growth as well as common factors and themes, and explore implications for future research and therapist training.

森田療法の訓練を通じた個人的学習と自己成長のテーマ

佐々木あゆみ、石山一舟（カナダ）

ブリティッシュ・コロンビア大学

心理療法の理論と実践法を学ぶということは、単に知的かつ専門化された訓練を受けるということのみに限られてはいない。この過程において、臨床実践者や訓練生自身が自己を見つめ、自分自身の悩みや問題について深く考え、さらに、自分の人生観や人間性の理解をより豊かにしてくれるような機会に不可避免的に遭遇するのである。森田療法を学ぶものが個人的学習（自分自身についての学びの過程）、自己理解の深まり、そして自己成長を体験することは周知されている。そしてこの個人的学習の過程と森田療法の基本的な姿勢や視点に基づく治療過程は表裏一体のものであるといえよう。このことについての文献は限られており、特に日本以外の国においては、森田療法はほとんどの援助の専門家や研修生に知られておらず実践もされていないのが現状である。この論文では、最近カナダで行われた短期間の森田療法の講習の参加者による質的データや感想文、森田療法の研修生や実践者へのインタビュー、そしてフォーカス・グループでの話し合いなどのデータをもとに森田療法の学習を通して体験された自己学習と自己変化のテーマを分析し論考する。森田療法の研修の受講者や実践者によって報告された個人的学習や自己成長のテーマと一般的に西洋の文献でのべられている同様のテーマとを比較する。さらに、森田療法特有の個人的学習と自己成長のテーマおよび西洋の文献で述べられているものと共通する要因やテーマについて論考し、将来の研究や治療者の訓練のあり方についても言及したい。

## 25. Semenova (Russia)

### Morita Therapy in Russia

Natalia Semenova (Russia)

*Moscow Research Institute of Psychiatry*

Transplanting any therapy to a foreign country is inherently difficult and requires a receptive environment that will allow the new therapy to adapt to the different conditions. Psychotherapy in Russia is currently going through a process of intensive growth and formation. Morita therapy has much to offer to Russian professionals, since it resonates with prevailing social attitudes and beliefs.

The following five aspects are what I consider to be significant in this regard:

1. *The Russian Context*: the theoretical underpinnings of the Russian/Soviet approaches to the treatment of the mentally ill and current approaches to psychotherapy in Russia seem to be open enough to incorporate Morita's concepts and ideas.
2. *Existing Similarities of Ideas*: the Russian psychologist A. N. Leontiev, who developed the concept of Activity, B. D. Karwasarsky, and Shoma Morita, the founder of Morita therapy all share similar ideas.
3. *Efforts to Offer Morita Therapy Lectures and Workshops in Russia*. These efforts have been realized by the visits of prominent Japanese Morita therapists as well as leaders of a peer support organization, starting with the first visit by Dr. Ishiyama in Leningrad, USSR, in July 1990, and the subsequent visits by Dr. Itami and Mr. Mimuro in October 1994, Prof. Mashino in September 2008, and most recently Dr. Watanabe in May 2012. These visits have had valuable impact on the development of Morita therapy in Russia.
4. *Enhancing Motivation in Persons with Schizophrenia Using Morita Therapy*. I will describe an intervention designed for persons with schizophrenia-spectrum disorders. The program, which integrates a number of Morita therapy strategies into a coherent treatment package, will be presented as a way of illustrating the key points.
5. *Teaching Morita Therapy to Russians*. We have worked diligently and thoughtfully to help Morita therapy grow roots in Russia. We are grateful to our Japanese teachers and colleagues who have patiently taught us the principles of Morita therapy and allowed us the freedom to develop them in ways that fit the Russian people.

**ロシアにおける森田療法**

ナタリア・セメノバ (ロシア)

モスクワ精神医学研究所

心理療法を他国に導入するのは困難なことであり、新しい環境で普及するには受容的な環境を必要とする。現在、ロシアでは精神医療が急激に発達している。森田療法はロシア人のもつ生活態度や価値観と相性がよいといえる。そのため、ロシアの臨床専門家に多くのことを提供することができるであろう。筆者は次の5項目が特筆すべき点であると考えている。

1. **ロシアでの環境**：現代ロシアあるいは旧ソビエト連邦時代からの精神障害を持つ者に対する治療、そしてその心理療法へのアプローチは森田療法の概念や見解を受け入れる余地がある。
2. **共通した考え方の存在**：Activityを概念化したロシアの心理学者、A. N. Leontiev、B. D. Karwasarsky、そして森田療法を創始した森田正馬は共通の考えを持っている。
3. **ロシアでの講演やワークショップを提供する活動**：筆者は著名な森田療法の専門家や、ピアサポートグループのリーダーたちによる森田療法を紹介するためのロシアでの普及活動に従事してきた。1990年7月にソビエト連邦時代にレニングラードを訪れた石山博士を始め、1994年10月の伊丹博士と御室（みむろ）氏の訪問、2008年9月の増野教授の訪問、そして最近では2012年5月の渡邊博士の訪問があり、これらの先生方はロシアにおける森田療法の発展に大きく寄与された。
4. **森田療法による統合失調症の人々の動機づけ**：統合失調症スペクトラム障害と診断された人々の治療的介入法について述べる。このプログラムはさまざまな森田療法の方法を取り入れた治療法であり、ここでは重要なポイントを説明するために紹介する。
5. **ロシア人のための森田療法の教育・訓練**：我々はロシアで森田療法が根を張るよう、深く考えながら努力を払ってきた。われわれに対して長年にわたり森田療法の基礎を指導し、それをロシアの人びとに合った方法へと適用し自由に変更を加えることに寛大であった日本の先生方や同僚の方々に感謝の意を表したい。

## **26. Shimonakano (Japan)**

### **Practice of Morita Therapy in a Private Psychiatric Clinic**

Hiroto Shimonakano (Japan)

*Mental Clinic Yukuhashi*

In our country the number of people who suffer from psychiatric disorders has been growing rapidly – partly as a consequence of a continuing bad economy as well as an aging society with low birth rates. The number of psychiatric clinics (around 2,200 in 2011) where only outpatients are treated is also growing. As far as diagnosis is concerned, emotional disorders have increased remarkably for the past 10-15 years. Neurotic patients are also slightly on the rise. Patients with pervasive developmental disorders, personality disorders, eating disorders as well as patients whose problems are difficult to diagnose, visit psychiatric clinics as well. I have been working at a small clinic for eight years. Although I also prescribe psychotropic drugs, I use Morita-therapy for many of my patients as psychotherapy. Such patients are mainly neurotic but sometimes have other disorders, or they have a neurotic character with other psychopathology. I will present my experience of the development and outcome of 30 cases here and discuss in detail specifically those cases for which Morita therapy was either particularly effective or particularly ineffective. I will also add some suggestions about the application of Morita therapy for patients.



**精神科クリニックにおける森田療法の実践**

下中野大人（日本）

心のクリニック行橋

わが国では、経済状況の悪化や少子高齢化の急速な進展などを背景に、精神疾患をもつ人の数が急増している。そのため、外来患者だけをみる精神科クリニックが急増している。疾患としては感情障害の増加が著明である。また神経症圏内の患者も微増している。さらに発達障害や性格障害、摂食障害などの治療の難しい患者も増えてきている。

わたしは外来患者だけを診るクリニックに勤務して 8 年になるが、多くの患者に薬物治療とともに森田療法的な指導を行ってきた。対象患者は主に神経症圏内の人たちであるが、他の疾患の患者あるいはそれらを合併している人もいる。わたしが経験した 30 症例の転帰を提示する。また、有効例、無効例を数例詳しく述べ、森田療法のよりよい適応患者を考察する。

## 27. Shizukuishi (Japan)

### Considering a Morita Therapeutic Approach in Dietary Management

Chie Shizukuishi (Japan)

*Show Wow Café*

Several years ago I attempted a Morita-based dietary management program for patients who suffered from addictions and other mental issues. Since I was able to achieve favourable results, I reported them to the *Japanese Journal of Morita Therapy*. Among the most important points of this report were the discovery of the vicious circle of my clients' action patterns and the idea that progressing in small but continual steps would lead my clients to a realistic attainment of success (which can be confirmed in objective data).

I am currently working as a nursing staff member in a psychiatric workshop-based program for the purpose of helping patients find suitable jobs. Many of my clients have mental health issues and complain mainly of depressive symptoms.

I try to help them manage their dietary patterns by emphasizing the importance of nutritional balance, appropriate quantity, as well as a regular eating schedule. Additionally, I help them improve their behavioural patterns by teaching them to take constructive action, that is, to act not so much out of their varying moods and emotions but to focus on their purpose and on their daily obligations instead.

As a result, some patients have begun to demonstrate a measurable change in "the right direction," that is, they have begun to normalize their body weight (which means losing weight for obese patients, and gaining weight for skinny ones), and the data of their BMI has also improved.

In the clinical field of psychiatry, it is not easy to obtain results that can be observed objectively. It is also generally difficult to measure mental improvement by objective data. I therefore think it is all the more significant to obtain measurable results that clearly indicate the mental recovery process of patients treated with the Morita therapeutic approach.

## Shizukuishi (Japan)

### ダイエットを通した生活指導から森田療法を再考する

雫石千園（日本）

Show Wow Café 就労移行支援事業所

数年前、演者は薬物依存や精神遅滞などの患者数名に森田療法をベースとしたダイエット指導を行い、その結果を日本森田療法学会で報告した。

この報告の重要なポイントは、彼らの行動パターンのなかに悪循環を見出したことと、現実的成果に結びつくことのできるようスモールステップを設定できるように導くことである。

演者は、現在就労支援を実践する精神科作業所で働いている精神科看護師である。多くの患者は精神障害があり、主にうつ症状を訴えている。

演者は、ダイエットにおいて彼らが摂取している栄養バランスやカロリー消費量、食べる時間を基本的に扱うことにしている。さらに、彼らが気分や感情に基づくことなく行動し、また建設的な行動を実行してゆくために演者は彼らの行動パターンを改善するように試み、目的や日々の義務に焦点を当てている。

## **28. Shustrov (Russia)**

### **Alcohol Dependence and Self-Oriented Aggression**

Dmitry I. Shustrov (Russia)

*Ryazan State Medical University*

Problems with alcohol continue to play a major role in Russia. Despite the severe and far-reaching consequences of alcohol use, success in preventing these problems has been limited. Alcohol dependence is a disease with distinctly self-destructive components. Self-oriented aggression related to alcohol abuse can be manifested in classical suicidal forms (suicide, parasuicide, suicidal intentions and tendencies, self-harm and overdoses) and non-suicidal forms (antisocial, anti-family, anti-professional, risky behaviour, somatic, and dual diagnosis). Both forms reflect various personal aspects coupled with alcohol and social and family environment. Anti-vital programming formed in childhood under pathogenic parental influence is an integral part in the pathogenesis of self-oriented aggression related to alcohol abuse and can be diagnosed and worked on in therapy. Death toll related to alcohol abuse – either directly or indirectly – shows that alcohol dependence is to be treated as a potentially fatal disease. These issues will be discussed within the framework of the author's professional stance.

**アルコール依存症と自己に向けられる攻撃性**

ディミトリー・シュストロフ（ロシア）

リャザン国立医科大学

アルコールにまつわる様々な問題は、ロシアが抱える非常に大きな問題である。アルコール飲用の影響は、深刻かつ広範囲に及ぶにもかかわらず、問題を防止するための取り組みが成功する例は限られている。アルコール依存症は、自己破壊的な要素が顕著に現れる疾病である。アルコール乱用に関連して表出する自己に向けられる攻撃性は、古典的な自殺形態（自殺、自傷行為、自殺意図や傾向、自傷や過量摂取）のものと、そうでない非自殺形態（反社会的、反家族、反専門家、危険な行動、心身性や重複診断の問題など）の形をとる。どちらの形態も、アルコール自体の問題や、社会、家族環境と相まって、様々な個性的な側面を反映している。病原性の親の影響下において、小児期に形成されたアンチバイタルプログラミングは、アルコールの乱用と関連しており、自己に向けられる攻撃性の病因において不可欠な部分を担っていると同時に、診断が可能であり、治療も行いう事ができる。アルコール乱用に関連して、直接もしくは間接的に死者が出ているという現実、アルコール依存症が命を落とし得る疾病であることとして扱われるべきであることを示している。これらの問題を著者の専門的な見地から議論する。

## 29. Tateno & Yano (Japan)

### Two Cases of Obsessive-Compulsive Disorder with a Good Prognosis that Underwent Cognitive-Behavioural Therapy and Inpatient Morita Therapy

Ayumu Tateno<sup>1,2</sup> and Katsuharu Yano<sup>1,2</sup> (Japan)

*1: Jikei University School of Medicine; 2: Jikei University Center for Morita Therapy*

Recently, we have observed an increasing number of patients who visit our Jikei University Center for Morita Therapy because the previous therapy they received – which consisted in cognitive-behavioural therapy (CBT) – did not improve their conditions. Two of these cases, where patients received in-patient Morita therapy, are illustrated here. In both cases, the clients recovered and have maintained their recovery ever since. Both cases have been slightly modified to protect the patients' privacy without significantly changing the history or context.

**Case 1:** A 30-year-old female presenting fear of contamination and accompanied washing compulsion.

**History:** After discontinuing exposure response prevention therapy at Hospital A in the year X-2, the patient completed a 90-day inpatient Morita Therapy in the year X. Three years after hospital discharge, she is still working successfully without displaying any of her former symptoms.

**Case 2:** A 29-year-old male presenting the fear of victimizing someone, and the compulsion to check and wash. **History:** In the year X-6, the patient underwent inpatient treatment at the psychiatric department of Hospital B, in which CBT was administered four times per year. However, in year X-1, his compulsion exacerbated when he could not decline the request from his colleague, and he underwent a 4-month inpatient Morita therapy in the year X. Two years after discharge, while still visiting the hospital, he continues to work for a staffing company and is able to limit his bath time to 30 minutes.

We would like to present the therapeutic process of the inpatient treatment of the above cases as well as its outcome in order to discuss the reasons why the patients did not respond well enough to CBT alone to recuperate from their OCD, while the addition of inpatient Morita therapy did not only result in their recovery but also helped these patients to maintain their improved condition.

## Tateno & Yano (Japan)

認知行動療法を受けた後に入院森田療法を受け改善を維持している強迫性障害 2 症例

舘野 歩<sup>1,2</sup>、矢野勝治<sup>1,2</sup> (日本)

1: 東京慈恵会医科大学森田療法センター; 2: 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科

最近強迫性障害患者が認知行動療法を受けても改善しないため森田療法を希望して当院森田療法センターを受診する症例が増えている。その中で入院森田療法を受けた後、改善を維持している 2 症例を掲示する。ただしプライバシー保護のため文脈を変えない範囲で修正をした。

【症例 1】30 歳女性[主訴]様々なことに対する不潔恐怖とそれに伴う洗浄強迫行為。[病歴]X-2 年 A 病院を受診し曝露反応妨害法を実施されるも続けられず X 年入院森田療法を 90 日実施された。退院後約 3 年たつが仕事をしており症状は消失した。

【症例 2】29 歳男性[主訴]加害恐怖、儀式的確認強迫行為、洗浄強迫行為。[病歴]X-6 年、B 病院で精神科入院して 1 年間で繰り返し 4 回認知行動療法を受けた。しかし X-1 年仕事仲間からの依頼を断れず強迫行為が悪化し、X 年より入院森田療法を約 4 ヶ月実施された。退院後約 2 年が経ち、通院中であるが風呂は 30 分ほどで切り上げ派遣の仕事が続けている。

学会当日は 2 症例の入院中の経過を掲示し、認知行動療法で十分な改善が得られなかった強迫性障害に対し、入院森田療法を施行後、なぜ改善が維持されているのかを検討することにした。

### **30. Tomita (Japan)**

#### **Morita Therapy and Emotional Freedom Technique EFT — How to Integrate Two Different Types of Psychotherapy**

Toshiya Tomita (Japan)

*Axis Remind*

As we know, one of the most famous features of Morita therapy is to leave the symptoms and problems as they are, and make effort to put into practice what one has to do. This characteristic shows that Morita therapy can be classified as a solution-based construction model of psychotherapy.

However, many clinicians feel that focusing only on directing clients to accept their difficulties is not an easy task: some clients get impatient if their symptoms and problems do not receive enough attention during the initial stages of the therapy and therefore terminate the treatment prematurely.

Therapists have to understand this connection and carefully consider which approach they want to choose to support their clients. If the therapist clings only to the doctrine of Morita theory and loses sight of the original aim to help ease the client's suffering, the treatment may never be completed.

Supporting the client's therapy goal and constructing a plan to reach it are therefore preconditions for making the therapy work. Finding ways to ease the client's uncomfortable symptoms in the course of the therapy is just as necessary for a successful treatment.

In my practice of psychotherapy, I often use Morita therapy as the foundation of my treatment but combine it with Emotional Freedom Technique (EFT), which is a technique that allows the client's emotions to be released. This combination is expected to relieve the client's pain and suffering to an extent and thus helps the client free his/her mind to concentrate on the task at hand.

In my presentation I would like to use a couple of cases treated at psychiatric clinics as examples to discuss the combined use of Morita therapy and EFT. Since Morita therapy is solution-based while EFT is problem-oriented, the two models complement each other, and can therefore be combined to produce good results.



**森田療法と EFT—異なった 2 種の心理療法の統合**

富田敏也（日本）

アクシスリマインド

周知の通り森田療法では、問題や症状そのものを除去や軽減の対象とはせず、目の前のすべきことへ行動をうながし建設的な生活を教示していく。そして、この特徴ゆえに森田療法は解決構成をベースにした心理療法モデルとして分類することが出来るだろう。

しかし、多くの臨床家は、クライアントにその困難をただ放置したり受容させることが容易なことではないと感じている。それは、クライアントが治療の初期段階で問題を受け入れたり問題を取り扱わないことに難色を示し治療から退いてしまうことがよくあるからである。

セラピストは、そうした現実を踏まえサポートする際の態度には十分注意をはらう必要がある。もし、セラピストが森田理論に執着するがあまりにクライアントの苦悩軽減という治療行為の本来の目的を失念すると治療は成り立たなくなってしまう。

従って、セラピストはクライアントの目的達成や解決構成をサポートする姿勢は前提ではあるが、併せてクライアントの不快な症状を軽減させる手段を持っていることも治療の実際には必要になる。その証拠かあらぬか、森田療法家には薬物を併用するセラピストが多い。

演者は、心理療法を実践する際、森田療法をベースにしつつ並行して感情解放技法の一つである EFT を併せてよく使う。それは、クライアントの痛みや苦痛がある程度軽減されてくると、クライアントの思考に余裕が生まれ目の前の課題に取り組むことが容易になるからだ。今回の発表では、精神科クリニックの症例における、解決構成モデルである森田療法と後者の問題除去モデルの EFT の併用について考察したい。

### 31. Wang (China)

#### **The First Person to Promote Morita Therapy in China—Mr. Tsuneo Okamoto of Japan**

Zu Cheng Wang (China)

*Shanghai Mental Health Center of Shanghai Jiao Tong University School of Medicine*

The three periods of Morita therapy in China:

- The first period: In 1940, Shanghai was occupied by Japan, the radio broadcasted Morita therapy in Japanese (Genyu Usa). There was almost no influence because of the political tensions during the war.
- The second period: In October of 1957, Professor Takehisa Kora visited Beijing and Shanghai and gave a keynote lecture about Morita therapy in each city. In Shanghai, more than 70 neurologists and psychiatrists attended his lecture.
- The third period: In April of 1990, Morita therapy in China entered a new era of rapid development under the support and sponsorship by Mr. Tsuneo Okamoto, who was the board chairman of the Mental Health Okamoto Memorial Foundation.

Since 1990, led by Mr. Tsuneo Okamoto, Morita therapy has been introduced and promoted extensively in China. This period has become a time of learning and practicing Morita therapy in China, where, originally, little had been known about this unique approach.

During the last decade of the 20th century, Morita therapy became the main stream of psychotherapy in China. From 1988 to 2002, Mr. Okamoto visited China more than 35 times, twice per year on average, and communicated with people of all walks of life in China to introduce and promote Morita therapy. He visited Beijing, Tianjing, Shenyang, Jinan, Qindao, Xian, Chendu, Chongqing, Shanghai, Suzhou, Nantong, Nanjing, Wuhan, Changsha, Guangzhou, Fuzhou, Xiamen, Shenzheng, Hongkong, Nanning, etc. He provided financial assistance for many Morita therapists in China.

Below is a list of Mr. Okamoto's invaluable contributions to the promotion of Morita therapy in China.

1. Mr. Okamoto invited Japanese Morita therapy specialists to China, including Professor Kenshiro Ohara, Professor Kenji Kitanishi, Yozo Hasegawa (then the president of "Seikatsu No Hakkenkai" or Discovery of Life Association), Professor Shizuo Aizawa, Professor Susumu Maruyama, Professor Kei Nakamura, and Professor Katsumasa Miyasato. They all taught many people and shared their expertise and enthusiasm.
2. He provided financial assistance for Chinese psychiatrists to be trained in Japan. He arranged 3-month-to 1-year-long training programs of Morita therapy in Hamamatsu University School of Medicine or Jikei University School of Medicine. More than 10 Chinese psychiatrists joined this training program, including Cui Yuhua, Li Zhengtao, Qiu Yifu, Zhang Haiying etc. Most of them became professors after their return to China and have played important roles in the development of Morita therapy in China.

3. He repeatedly invited many Chinese experts to attend Morita therapy conferences. Among the experts who have benefited from these invitations are Professor Shen Yuchun, Cui Yuhua, Kang Chengjun, Li Zhengtao, and Wang Zucheng.
4. Mr. Okamoto donated many books and journals such as: the complete works of Masatake Morita, the complete works of Takehisa Kora, various monographs on Morita therapy, and *The Journal of Morita Therapy* published by the Japanese Society for Morita Therapy.
5. He provided financial support for the translation of books; see List #1 below.
6. He financially supported the hosting of a number of Morita therapy conferences in China; see List #2 below.
7. He helped establish the Shanghai- Okamoto Mental Health Award. The award has been presented on 12 occasions since 1993 to 90 award recipients.
8. He also supported East China Normal University in promoting sandplay therapy, which was introduced to Shanghai in 2000.

**List #1: List of translated books with Mr. Okamoto's financial support**

- 森田正马：神经衰弱与强迫观念的根治法（人民卫生出版社）  
Masatake Morita: Healing Neurasthenia and Obsessive Compulsive Disorders (People's Medical Publishing House)
- 大原健士郎：森田疗法与新森田疗法（人民卫生出版社）  
Kenshiro Ohara: Morita Therapy and new Morita Therapy (People's Medical Publishing House)
- 长谷川洋三：行动转变性格（人民卫生出版社）  
Yozo Hasegawa: Action Changes Personality (People's Medical Publishing House)
- 冈本常男：顺应自然的生存哲学（北京大学出版社）  
Tsuneo Okamoto: The Existential Philosophy of Complying with Nature (Beijing University Press)
- 冈本常男：克制自我的生活态度（北京大学出版社）  
Tsuneo Okamoto: The Life attitude of Self-Restraint (Beijing University Press)
- 高良武久：森田心理疗法实践（人民卫生出版社）  
Takehisa Kora: The Practice of Morita Psychotherapy (People's Medical Publishing House)
- 青木熏久：焦虑不安与自我调整（人民卫生出版社）  
Shigehisa Aoki: Anxiety and Self-Regulation (People's Medical Publishing House)
- 水谷启二：走向自觉和觉悟之路（复旦大学出版社）  
Keiji Mizutani: The Way toward Self-Awareness and Consciousness (Fudan University Press)
- 增野肇：森田式心理咨询（复旦大学出版社）  
Hajime Mashino: the Morita Method of Psychological Counseling (Fudan University Press)
- 高良武久：普及森田治疗（正联系出版社）  
Takehisa Kora: Popularizing Morita Therapy (Contacting Press Now)

**List #2: List of Morita therapy conferences held in China with Mr. Okamoto's financial support**

- 1992 年，第一届中国森田疗法大会（天津）  
The 1st China Morita Therapy Conference (Tianjing)
- 1995 年，第三届国际森田疗法大会（北京）  
The 3rd International Congress of Morita Therapy (Beijing)
- 1997 年，第二届森田疗法大会（山东省烟台市）  
The 2nd China Morita Therapy Conference (Yantai, Sandong Province)
- 1998 年，第三届中国森田疗法大会（浙江省宁波市）  
The 3rd China Morita Therapy Conference (Ninbo, Zhejiang Province)
- 2000 年，第四届中国森田疗法大会（北京）  
The 4th China Morita Therapy Conference (Beijing)
- [2002 年，第五届中国森田疗法大会（原定山东省青岛市，因 SARS 而停）  
The 5th China Morita Therapy Conference (Qindao, Sandong Province, conference suspended due to SARS, postponed to 2004; see the next line)
- 2004 年，第五届中国森田疗法大会、第五届国际森田疗法大会（上海）  
The 5th China Morita therapy conference and The 5th International Congress of Morita therapy (Shanghai)
- 2006 年，第六届中国森田疗法大会（山东省淄博）  
The 6th China Morita Therapy Conference (Zibo, Sandong Province)
- 2008 年，第七届中国森田疗法大会（广西省南宁）  
The 7th China Morita Therapy Conference (Nanning, Guangxi Province)
- 2010 年，第八届中国森田疗法大会（北京）  
The 8th China Morita Therapy Conference (Beijing)
- 2012 年，第九届中国森田疗法大会（天津）  
The 9th China Morita Therapy Conference (Tianjing)
- 2014 年，第十届中国森田疗法大会（河北省石家庄市，预定）  
The 10th China Morita Therapy Conference (Shijiazhuang, Hebei Province)

## Wang (China)

中国で森田療法をはじめて普及させた人物—岡本常男氏

王 祖承（中国）

上海交通大学医学院附属上海精神衛生センター

### 中国における森田療法（普及）の 3 期

- 第 1 期：1940 年代の上海は日本によって占拠されていた。日本語ラジオ放送により森田療法を宇佐玄雄博士が紹介。戦時下の政治的に緊迫した状況ため、この森田療法についてラジオ放送の影響はほとんどなかった。
- 第 2 期：1957 年 10 月、高良武久教授が北京・上海を訪れ森田療法の講義を行う。上海における講義では 70 名を超える神経科医および精神科医が聴講した。
- 第 3 期：1990 年 4 月、日本のメンタルヘルス岡本記念財団の理事長・岡本常男氏の支援により、中国で森田療法が大きく発展する新たに時代に入った。

1990 年以来、森田療法は、岡本常男氏による功績を始まりとして、広く紹介・普及された。当初ほとんど知られていなかったこの独特なアプローチは、この時期に中国で学び実践されたのである。20 世紀の最後の 10 年間、森田療法は中国における心理療法の主流となった。1988 年から 2002 年にかけて、岡本氏は年に約 2 回の割りで計 35 回以上訪中し、森田療法の普及のためあらゆる分野の人々と対話した。同氏は北京をはじめ、天津、瀋陽、済南、青島、西安、成都、重慶、上海、蘇州、南通、武漢、長沙、広州、福州、廈門、深圳（シンセン）、香港、南寧、等を訪問。岡本氏は中国の多くの森田療法の研究者・臨床家に資金援助も行った。以下は、岡本氏が中国において行った森田療法普及への貴重な貢献の一覧である。

1. 大原健士郎教授、北西憲二教授、長谷川洋三氏（「生活の発見会」の会長）、藍澤鎮雄教授、丸山晋教授、中村敬教授、宮里勝政教授ら森田療法の専門家を中国へ招聘した。諸氏は中国の多くの人々に森田療法を指導し彼らの専門的知見と熱意を伝えた。
2. 中国の精神科医が日本での研修するための財政援助を行った。同氏が援助し手配した浜松医科大学あるいは東京慈恵会医科大学での研修は 3 カ月から 1 年に及んだ。Cui Yuhua 氏、Li Zhengtao 氏、Qiu Yifu 氏、Zhang Haiying 氏を含め、10 名以上の中国からの精神科医がこの研修に参加した。これらほとんどの参加者が中国帰国後は教授に就任し、森田療法の発展に重要な役割を果たした。
3. 森田療法学会のためたびたび中国の専門家を招聘した。Shen Yuchun 教授、Cui Yuhua 教授、Kang Chengjun 教授、Li Zhengtao 教授、Wang Zucheng 教授らである。
4. 森田正馬全集、高良武久全集、日本森田療法学会出版の森田療法学会雑誌等様々な書籍・雑誌を寄贈した。
5. さまざまな関連書籍の翻訳のための資金援助を行った。（前ページのリストを参照のこと）
6. 中国での森田療法学会開催への財政援助を行った。（前ページのリストを参照のこと）
7. 上海メンタルヘルス岡本記念財団賞を設立。1993 年以降 12 回の授与式で計 90 名が受賞した。
8. 華東師範大学にて箱庭療法の普及を援助。2000 年には上海に箱庭療法を紹介した。

### **32. Watanabe (Japan)**

#### **Suicide and Suicide Prevention Strategies in Japan**

Naoki Watanabe (Japan)  
*Asada Hospital, Hiroshima*

The aim of my presentation is to discuss the following: (a) evidence-based research on suicide in Japan, (b) effective suicide prevention activities, and (c) prospects to include aspects of Morita therapy in suicide prevention programs.

#### **Brief statement of the problem:**

In many ways, suicide rates (and related complexities of this phenomenon) in Japan require urgent attention. Japan has a reputation for high suicide rates, and related cultural influences in this regard. Since 2008, there have been more than 300,000 reported deaths by suicide. This rate is similar to the number of Tokyo marathon participants. When reviewing the G8 countries per capita, Japan has the second highest suicide rate next to Russia. Globally, the suicide death rate for Japanese men is the 10<sup>th</sup> highest and that for women is the 3rd highest. For those between the age of 20 and 39, suicide is the highest cause of death for both men and women. This paper offers examples of how aspects of Shoma Morita's theories and methods can assist suicide prevention programs.

日本における自殺と自殺予防の方策

渡邊直樹（日本）

広島市浅田病院

私の発表の目的は以下の 3 点に言及することである。(1) 日本でのエビデンスに基づく研究、(2) 効果的な自殺予防の援助活動、(3) 森田療法の自殺予防プログラムへの導入の可能性。

問題点の提示

多年にわたり日本における自殺率およびこの現象の複雑化したものに対して、われわれは緊急に対処する必要がある。日本の自殺率の高さは有名であり、これに関して文化的な影響があることも認められている。2008 年以来報告されている自殺による死者数は計 30 万人以上である。この数は東京マラソン参加者の数に匹敵する。G8 諸国と比較すると日本はロシアについて第 2 番目に高い自殺率を有している。世界的に見れば、日本人の男性の自殺率の高さは第 10 位、女性は第 3 位である。20 歳から 39 歳の人たちに限っていいえば、男女ともに自殺が死因の第 1 位を占める。この発表では森田正馬の理論と方法の特徴がどのように自殺予防プログラムに効果的に導入されるかについて例を挙げて説明したい。

### 33. Yamada (Japan)

#### **Clinical Collaboration between Two Great Figures: Shoma Morita and Ivan Pavlov**

Hideyo Yamada (Japan)

*Odori Koen Re-work Office*

CRCT (Conditioned Reflex Control Technique) is a new type of therapy that has been invented and developed by Shinji Hirai, a Japanese psychiatrist. Recently the method has started to prevail in Japan as a drastic therapeutic method for patients with various kinds of deviated behaviour, such as addictions, eating disorders, and OCD (Obsessive Compulsive Disorders). As its name implies, CRCT dates back to “conditioned reflex theory,” a classical theory developed by Ivan Pavlov, which, has scarcely been utilized in clinical practice although it has been widely known in general. Morita therapy has been known to be one of the most effective therapeutic methods of treating OCD in Japan.

However, helping patients who suffer from obsessive-compulsive behaviour is not easy or straightforward even in Morita therapy. I first discuss impressively positive effects of using CRCT with patients suffering from disorders with deviated behaviour. However, CRCT needs to be complemented with other forms of therapy, because it would not be possible to address patients’ fundamentally nihilistic or pessimistic life styles simply by removing the symptoms caused by these lifestyles. I therefore argue for the value of combining a Morita therapy approach with CRCT. I explore a new alliance between the theories developed by two great thinkers on the human mind: the Russian physiologist Ivan Pavlov and the Japanese psychiatrist Shoma Morita.



## Yamada (Japan)

偉大なる二人の臨床的コラボレーション—森田正馬とイヴァン・パヴロフ

山田秀世（日本）

大通公園リワークオフィス

条件反射制御法 CRCT (Conditioned Reflex Control Technique) とはパヴロフの理論に基づく治療技法で、日本の精神科医である平井慎二によって数年前に開発され実践されている。当初から主に覚せい剤依存の患者の治療に注目すべき成果を上げてきたが、「わかっちゃいるけどやめられない」という病理は、脳神経回路の働きのなかでもパヴロフのいう第 1 信号系の条件反射の連鎖によるものであり、言語や思考を司っている第 2 信号系の作用の及ばないところとする。この仮説に立脚して、第 1 信号系に働きかけることで、従来は非常に治療が困難であった薬物依存に大きな治療成果が得られたことは、患者治療者双方にとって大きな福音である。こうした事実を受けて、演者は、条件反射制御法 CRCT が強迫性障害やその他の無為の傾向に苦しむ患者にも効果的ではないかと考え、臨床応用したところ予想以上の効果を得られたので、当日にその成果について報告したい。

しかし、条件反射制御法 CRCT は、人間らしいあり方や生きがいというテーマは当然ながら扱えず、個人の本来性の発揮や建設的な生き方という問題には森田の知恵の必要性が浮き彫りにされる。そこで、人間が様々な苦悩に対処し逞しく生き抜いてゆくには、第 1 信号系のレベルの問題を適切に処理し、第 2 信号系のレベルの人間学的な指針が必要であろう。ここに、二人の偉大な先達であるロシアの生理学者パヴロフと日本の精神科医の森田正馬の知恵を組み合わせることで運用することの意義が明らかになる。