



# HOKKAIDO UNIVERSITY

|                  |                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Title            | 精神療法における「とらわれ」からの脱却：東洋的方法（森田療法、内観療法）と西洋的方法（マインドフルネス、コンパッション）                      |
| Author(s)        | 新村, 秀人; NIMURA, Hideto                                                            |
| Citation         | 哲学, 56, 67-86                                                                     |
| Issue Date       | 2024-12-13                                                                        |
| Doc URL          | <a href="https://hdl.handle.net/2115/95647">https://hdl.handle.net/2115/95647</a> |
| Type             | departmental bulletin paper                                                       |
| File Information | 56_t6.pdf                                                                         |



# 精神療法における「とらわれ」からの脱却： 東洋的方法（森田療法、内観療法）と 西洋的方法（マインドフルネス、コンパッション）

新 村 秀 人

## 1. はじめに

仏教にその源流を持つマインドフルネスやコンパッションが欧米で精神療法に取り入れられ、わが国に逆輸入されて盛隆をみている。マインドフルネスとは「今、この瞬間の体験に意図的に意識を向け、評価をせずに、とらわれのない状態で、ただ観ること」と定義され、瞑想などの訓練を通じて高めることができる。マインドフルネスは、パーリ語のsati（サティ：気付き）に起源があると言われるが、近年の西洋における流行は、ジョン・カバット・ジンにより始まったと考えられ、マインドフルネスストレス低減法（mindfulness-based stress reduction: MBSR）（Kabat-Zinn J, 1990）、マインドフルネス認知療法（mindfulness-based cognitive therapy: MBCT）（Segal, ZV, et al, 2002）、アクセプタンス & コミットメント・セラピー（acceptance and commitment therapy: ACT）（Hayes, 2011）、弁証法的行動療法（dialectical behavior therapy: DBT）（Linehan, 1993）などとして展開している。

一方、わが国には、100年前あるいは80年前に成立した森田療法や内観療法があり、臨床実践を重ねて来た。両療法とも、仏教的な世界観に立つと言える（森田正馬自身は宗教との関連は否定しているが、森田療法には禅、浄土真宗、老荘思想の影響がみられる（北西,2012））、同じく仏教に源流をもつマインドフルネスやコンパッションの要素を多分に含んでいることに不思議はない。

本稿では、まず、森田療法におけるマインドフルネスとはどのような状態か、マインドフルネス療法におけるマインドフルネスとはどこが異なるかを考えることを通じて、マインドフルネスについて批判的に検討する。次いで、森田療法、内観療法の観点から、マインドフルネスやコンパッションについて考える。

## 2. 森田療法と内観療法

森田療法は、1919年に森田正馬によって創始された。パニック症・強迫症・恐怖症などにおいて、精神交互作用（悪循環）により欲望が不安・苦悩を生み出すと考え、①とらわれにもとづく悪循環の打破と自然治癒力の発動、②不安・苦悩をあるがままに受け入れていくこと、③自らの生きる欲望に乗って目の前の目的に取り組んでいくことを促す治療介入を行い（北西，2011）、神経症的認知を修正する。原法では4期からなる入院療法が有名であるが、現代では外来療法が中心となっている。治療の導入として、症状の理解、とらわれの機制や治療目標を共有し、日記なども用いながら、対話を通じた生活指導により、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、を基本的構成要素とする治療介入を行う（中村ら，2009）。

内観療法は、1940年に吉本伊信が「身調べ」という浄土真宗の修行法をもとに創始した内観法を1960年代から医療に応用したものである。静かな場所にこもって楽な姿勢で座り、これまで自分に関わりの深かった人（母、父、配偶者、きょうだいなど）に対し、過去の自分の行動や生活態度を内観三項目（①してもらったこと、②して返したこと、③迷惑をかけたこと）について具体的・自己批判的に省みる（内観する）よう指示され、1～2時間ごとに面接者から調べた内容の確認をする3～5分の面接を受ける。集中内観では、研修所で1週間、睡眠・食事・トイレ・清掃・入浴以外は終日内観を行う。自己内省が進むにつれ、過去の体験を受容し、自己存在の意義と価値を知り、生かされている喜びが生じる。その結果、恨みの対象であった者に感謝の気持ちが起こり、身体へのこだわりがなくなるといった効果がある（真栄城，2005）。

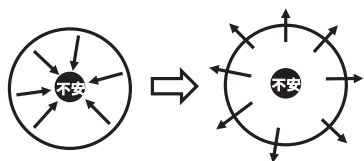
森田療法も内観療法も、症状や問題行動に焦点を当てない（症状不問）、クライアントの固定化した視点を転換させること（リフレーミング）により治療効果を生む、治療の結果、認知が修正され精神症状・身体症状が改善するのみならず行動や生き方が変わるという点が共通している（秋田，2014）。森田療法では、自らの内部の不安や症状にとらわれているクライアントの強迫的エネルギーを、感情体験の受容や外部の日常生活（作業）に振り向けることにより、建設的な生活を送るように転換する（図1-1）。一方、内観療法では、父母、配偶者、きょうだいなどの身近な人々から愛されず疎外されてきたと感じているクライアントに対し、内観三項目によって対人関係の事実の観察を行わせることにより、自己中心的な思考から「他者に生かされている」、「愛されている」（被愛感）へと転回する（図1-3）（新村，2016）。

### 3. マインドフルネス療法におけるマインドフルネス

マインドフルネスには、仏教の伝統を受け継ぎ日常生活全般におけるマインドフルネスの実践を目指すピュア・マインドフルネスと治療を目的としたマインドフルネスである臨床マインドフルネスがある（大谷，2014）。

臨床マインドフルネス、すなわちマインドフルネス療法には、MBSR、MBCT、ACT、DBT、メタ認知療法などがあり多様である。マインドフルネスの取り入れ方にも、ピュア・マインドフルネスに近く、マインドフルネスを生き方とみなすMBSRやMBCT（「することモード」に対する「あることモード」としてのマインドフルネスを用いる）、マインドフルネスをテクニック（技法）として取り入れるDBT（「気付きスキル」、「実践スキル」を強調）やACT（「脱フュージョン」を強調）と幅がある（大谷，2014）。このことを踏まえた上で、マインドフルネス療法におけるマインドフルネスを素描してみる。

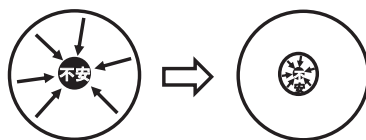
マインドフルネスは、ありのままの観察であり、感情から距離を置いて、現実を客観的に眺め、同時に精神的安定を保つことと要約され、臨床マインドフルネスは、気付き、「今ここ」の体験（即時性）、現実のあるがままの受け入れを三原則としている。



不安へのとらわれ

不安はそのままに建設的な生活へ  
(不安のエネルギーの向きを変える)

図1-1 森田療法



不安

不安は相対化(脱中心化)  
することにより小さくなる

図1-2 マインドフルネス療法

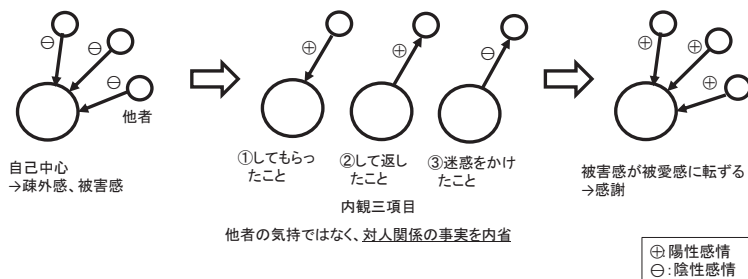
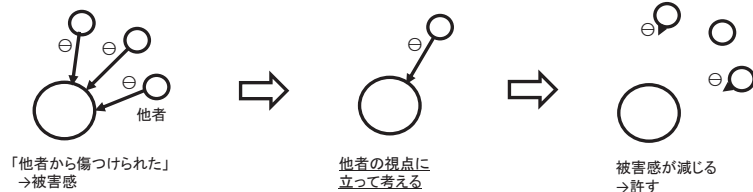


図1-3 内観療法

「傷つけた相手を許す」エクササイズ



「希望の兆し(シルバー・ライニング)を見つける」エクササイズ

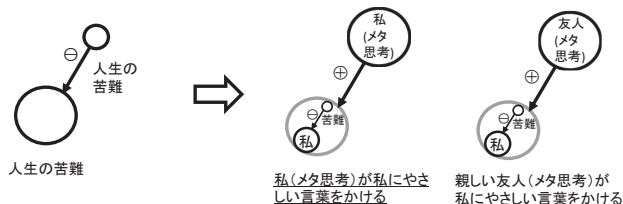


図1-4 セルフ・コンパッション

マインドフルネスは気付きの操作であり、注意へのとらわれがネックとなる。能動的な気付きを得るために、呼吸への集中瞑想を行う。考えは考え、気持ちは気持ちとして受け止め、さらりと流して再び呼吸に戻る「タッチ・アンド・リターン」を練習し、反復することによって上達する。雑念に対処するために「ラベリング」を行い、知覚や感情に名前を付けて手放す。とらわれ（反芻思考）に対して、自己と体験を同一化させず、いわば「一歩引いた」関わり方を目指す（脱中心化）。自分の感情や身体反応を調整して、上手に対処できるようにする（情動調整）（大谷，2014）。

マインドフルネス療法における心理過程は、図2-1のようになる。呼吸を対象とした集中瞑想により注意を制御し、ボディスキャン（からだ全体をスキャンするように身体感覚を系統的に感じ取っていく瞑想技法）により身体を知覚し、気晴らし・気逸らし、認知的再評価、感情表出抑制・思考抑制などにより情動調整を行う。注意制御、身体知覚、情動調整を高め、今この瞬間の経験をありのままに観察することで、自己概念が、物語自己（首尾一貫した永続的な自己）から最小自己（身体的・即時的な自己）へと変容する（藤野，2018）。

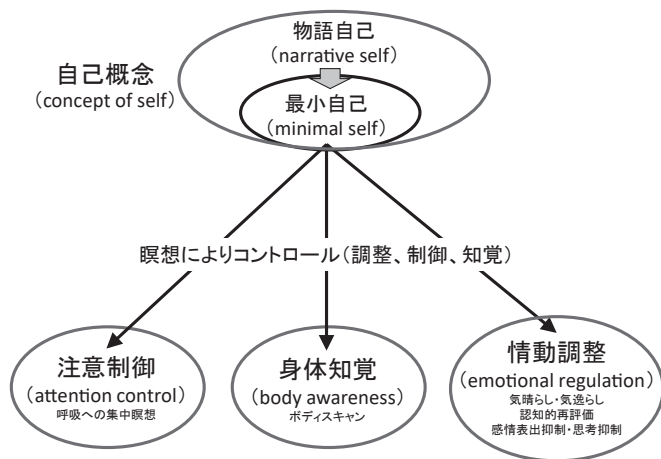


図2-1 マインドフルネス療法における4つの心理過程

藤野，2018の図を改変

#### 4. 森田療法におけるマインドフルネス

森田療法の治療目標は、「我をなくして、素直になる」(村瀬, 1977) ことである。我とは、＜私＞へのとらわれ(我執(北西, 2001))、症状へのとらわれ(悪循環(中村ら, 2009))、現実を認めずに理想のみを追い求めること(思想の矛盾(森田, 1938/1975))で、そのために症状を生じたり、生活が行き詰ったりしてしまうのである。

森田療法においてマインドフルネスを表す言葉は、「あるがまま(森田, 1938/1975)」であろう。「あるがまま」とは、しばしば誤解されるように、「何もしない」という消極的なあり方ではない。「あるがまま」は、純な心、悟りとも言い換えられ、森田療法の治療像、目指す心身の状態である。それは、「症状と闘わないで、そのまま受け入れて、自然のなりゆきにまかせて、当面のなすべきことをなす」であり、①症状をそのまま感じる(症状に対する受動性)と②目の必要なことをする(生き方の能動性)が同時に実現している状態である。①は、心が一ところにとどまらずに流動している、情動や症状をそのまま感じている(そのまま受け入れている)状態で、「事実唯真」、「現在になる」、「心は万境に随って転ず」、「自然に服従し、境遇に従順なれ」、「日々是好日」と表現される。②は、身体(身)を動かす・行動(作業)する、目の前の必要なことをする、生活や生き方に中で能動性を発揮する状態であり、「初一念」、「感じから出発する」、「なりきる」、「三昧」、「無所住心」、「臨機応変」と表現される。①と②の交わるころ、心と身(み)が出あうところに感覚が生じ、ここから生きる力(生の欲望)が発する。(図2-2)

森田療法におけるマインドフルネスである「あるがまま」の状態を挙げてみよう。①心の流動性では、

「心が外向的になって、「心は万境に随って転ず」という風になって、その時どきの境遇・状況に応じて、見たり聞いたりする事に、心がひかれ、好奇心や疑問や見積もりや工夫やが起こり、丁度昆虫の触角がピリピリしているように、常に心がハラハラして、自然に緊張しているようになっている。それが平常の

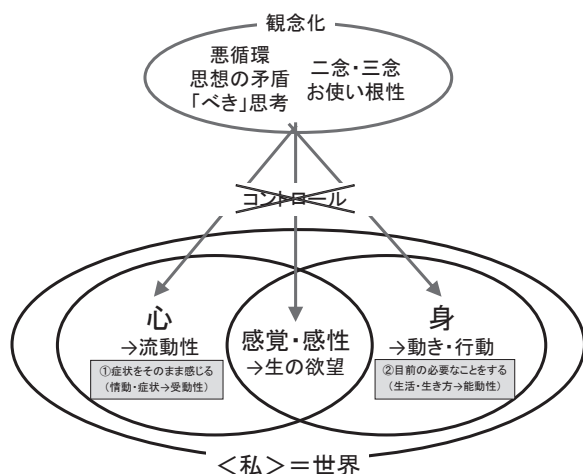


図2-2 森田療法における「あるがまま」

過度の観念化（悪循環、思想の矛盾、「べき」思考、二念・三念、お使い根性）という心身へのコントロールをやめて、症状をそのまま感じる心の流動性と目の必要なことをする身の動き・行動を生欲望のもと発揮しているのが、「あるがまま」である

自然の心の状態になっている。」（森田，1938/1975）

「四方に心の散った有様が、禅のいわゆる「無所住心」であって、周囲のすべての事に気がついて、しかも何事にも心が固着しないで、水の流るる如くに心が自由自在に流転・適応していく有様である。あたかも明鏡に物の映るが如く、来るものは明らかに映り、去れば直ちに影をとどめないという風である。」（森田，1938/1975）

次に、<sup>み</sup>身の動き・行動として、初一念とは、「花を見て綺麗と感じ、うまい物を見て、食いたいと思うように、物に接して起こるところの、第一番に発動する感情。」（森田，1938/1975）であり、「我々の心は、少し注意して、深く観察すると、自然の本能は、驚くべき微妙さをもって、周囲に適応して反応している。…時どき「さてはこの調子だ」とか「この気合、心境だ」と気がつくことがある。これを禅の方で「初一念」と名付けてある。この「初一念」そのままが、悟りであるが、既に「よし。今度はこうしよう」とか、二念、三念と、



続々と現れては、それは悪智となり、…作為・はからいになり、思想の矛盾になる」(森田, 1938/1975)

逆に、心の流動性や身<sup>み</sup>の動きを妨げるものとして、森田療法では、過度の観念化や理想へのとらわれを、悪循環、思想の矛盾、「べき」思考、二念・三念、お使い根性などと呼んで、打破すべきものとしている。

## 5. マインドフルネス療法と森田療法との違い

マインドフルネス療法も森田療法も、「今ここ」での体験を重視する、現実をありのままに受け入れる、症状のコントロールを断念する、治療的介入として悪循環を切ることを目指すことなど共通点が多い。しかし一方で、マインドフルネス療法と森田療法には大きな違いが三つある。

### (1) 二元論と一元論、有心と無心

第一に、マインドフルネス療法は、症状改善、情動調整という目的のため、自己が心身を対象化し、主体と客体を分けて考える二元論であるのに対し、森田療法は、過度の観念化を否定し、心身を自然と調和しようとし、主体と客体、心身を分けない一元論である。両療法における、私と世界との関係のとらえ方は、図3のようになる。＜私＞（主体）が世界を客体として眺めているという事態に対し、マインドフルネス療法の「脱中心化」では、『思考が世界を眺めている』という事態を＜私＞が眺める。すなわち、「思考が世界を眺めている」という事態を客体として、＜私＞がより高次な主体となる（メタ認知：感覚・思考・感情から距離を置いてそれらを認知する（藤野, 2018））ことによって、＜私＞を使いこなしていく自在さを身につける（Linehan, 1993）という戦略をとる。一方、森田療法の「なりきる」では、「私が世界を眺める」ことをやめて、＜私＞が世界に積極的に関与することにより、＜私＞は世界の一部となり、＜私＞がなくなり、主体と客体が不可分に一致した状態となる。マインドフルネス療法は、西洋における「疎外された自己」（Epstein, 1995）、森田療法は、東洋における「編み込まれた自己」（Epstein, 1995）が出発点になっているという相違がその背景にあると考えられる。

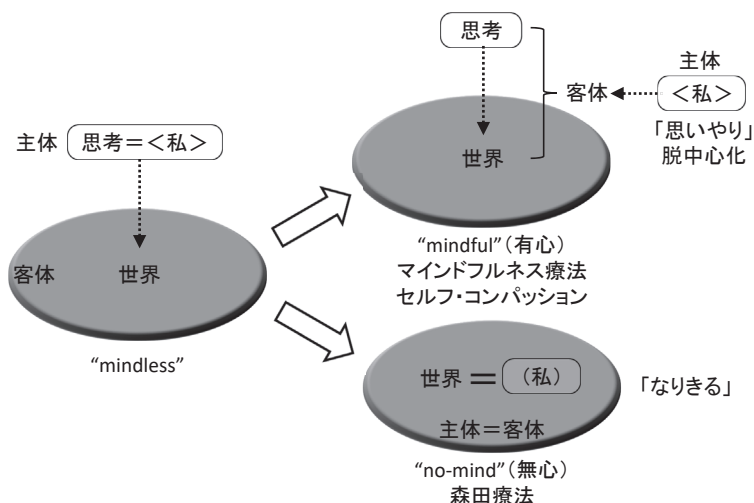


図3 マインドフルネス療法／セルフ・コンパッションと森田療法における私と世界との関係

藤田 (2016) は、仏教者の立場から、仏教瞑想としてのマインドフルネス（仏教的マインドフルネス）と臨床手段としてのマインドフルネス（臨床的マインドフルネス）の違いについて、以下のように述べる。仏教では、心を有心と無心の二つに分ける。有心は、<私>のある心で、「分別という働き」、「分け隔て」が「有り」、「主体としての私」と「客体としての経験」を分け、日常において、善悪・生死・悲喜・快苦・幸不幸・美醜<sup>むみょう</sup>などあらゆる二なるものを区別して（二元論）実体化し、二元論的な葛藤の中で「あれか、これか」と迷い苦しむ。通常われわれが無自覚のうちにもつ有心のパラダイムの中では、何ごととも<私>から出発し、<私>の維持、向上、幸福のために図られ、人生はあたかも<私>をめぐる緊張と戦いの場となる。この分別・分け隔てが実は錯覚・虚構であることを知らない人（仏教用語では「無明」<sup>むみょう</sup>）が人間存在の苦悩の根底にある。そこで、仏教や禅では人間の苦悩を引き起こす根本原因は有心にあるとみて、それを離れて無心という本来の心のあり方に帰ることを目指す。無心は、有心を滅した後に残る<私>の「無い」心である。

西洋においては＜私＞のある心（有心）しか知られていないとすれば、臨床的マインドフルネスでマインドフルネスと言う時の「マインド」は有心（日常的な心）である。だから、有心のパラダイムの中で、自分がマインドフルネスという注意のスキルを身につけることによって、自分の抱える問題の解決を目指すことになる。臨床的マインドフルネスでは有心のパラダイム自体が問題にされることはないのに対し、禅では有心から無心へとパラダイムそのものをシフトさせようとしている。だが、そのことに無自覚なまま＜私＞が「マインドフルネス」という目的の達成を目指して一生懸命に頑張るならば、有心を基盤にした生の悪循環を繰り返すだけで、有心のパラダイムが持つ陥穽から抜け出すことはできない。たとえ人生における夢が実現されたとしても、本当はそれ自体が夢であるという現実（老病死）に直面する時がいつかは誰にでもやって来る。臨床マインドフルネスは、有心のパラダイムから離れられない以上、その臨床実践が対症療法的なレベルにとどまると言われても致し方ないのではないかと問い、無心のマインドフルネスを目指すべきと展望している。

## (2) ラベリング（言語確認）

違いの第二は、マインドフルネス療法は、瞑想の場でも生活の場でも気づいて意識化することを目指すのに対し、森田療法は、言葉にせずに意識化を離れるようにすることである。マインドフルネス療法では、呼吸や感情や思考を観察し、例えば怒りが生じた時には、「怒っている」というように短い言葉を添えて自覚する（ラベリング）。森田療法では、見つめる（観察する）ことを勧めるが、「そのものになり切る」のであり、客観的に観察したり言葉にしたりすることをせずに、直接体験することを勧める。マインドフルネス療法では、身体感覚を自覚して心に何かが浮かんで来たら注意を呼吸に戻す（タッチ・アンド・リターン（大谷，2014））が、森田療法では、心に何かが浮かんできても呼吸その他に戻ることはなくそのままにしておく。マインドフルネス療法では、意識の向けどころをコントロールしようとするが、森田療法ではないのである。

内村と竹内（2018）は、悪循環・負のスパイラルを「直感」で切り、注意

の転換をはかる対処法として、森田療法では行動を用い、マインドフルネス療法では瞑想を用いると指摘している。行動に踏み込むことで悪循環・負のスパイラルを切る森田療法では、注意は同時に2つの方向には向かず、今必要な行動をすることによって、注意は自己の内面から外界に向かう。注意が外界に向かうと、不安など感情は自然に放置され流れて消えてゆくとともに、自己観察（我）を忘れて行動に没入している状態となる（無我、あるがままの体験）ことにより、知的操作を破壊し没我（無）によって意識は自由に流れ、「感じ」が起こってくる。一方、瞑想で「サティ」（気づき）を入れて悪循環・負のスパイラルを切るマインドフルネス瞑想では、観察型の瞑想法により、＜刺激（対象）- 感覚器官（門）- 感覚（識）- 快不快・中立（受）- 知覚（想）- 情報絞り込む（尋）- 心の反応＞と煩惱が広がるため、受か想の段階でサティ（気づき）を入れて切る。「見た」、「聞いた」、「考えた」とか、「不安」、「怒り」とか内部で「気づき」を言語確認（ラベリング）して一刀両断に切って、呼吸に注意を集中させる。これを繰り返すことによって妄念を切り、純粹にあるがままの事実だけに気づき、直観・直観力を磨き行動できるようになるという。

### (3) 行動への促し、生の欲望

マインドフルネス療法と森田療法との違いの第三は、マインドフルネス療法が心身のマインドフルな受容を目指すのに対し、森田療法は、心身のマインドフルな受容（①症状をそのまま感じる）のみならず、生きる欲望を発揮する（②目前の必要なことをする）をも同時に目指していることである（図1-2）。「あるがまま」とは、「症状と闘わないで、そのまま受け入れて、当面のなすべきことをなす」という意味であり、生きるエネルギーに乗った能動的な行動（建設的な行動）を勧める。ここに言う行動とは、日々の生活活動、作業であり、観察も作業である。自然な欲求・感覚に乗って（「感じ」から出発して）行動していくことで、心身の流動性をとり戻し、過剰な観念化が修正され、感覚・身体がダイナミックに変化する。また、生の欲望によって発揮されるその人固有の欲求は、価値や「かくあるべし」とは対極のものである。森田療法では、受容技法と行動技法を対にした介入を行う。その結果、言葉を離れて（ラベリ

ングしない)、主客一致し対象と距離がなくなった状態に至る。マインドフルネス療法では境遇・状況を受け入れ、受け流すのに対し、森田療法では境遇・状況に積極的に関与し没入することを目指すのである。森田療法における生の欲望は、患者を変化させる力を引き出す内発的な動因であるが、マインドフルネス療法においてはこのような動因は言及されていない(中村, 2007)。

以上の三つの違いを含めて、マインドフルネス療法と森田療法とを比較すると表のようになる。マインドフルネス療法では、症状に対してはコントロールを断念するが、瞑想によって注意・感情・身体にマインドフルな注意を向けることで、心身を調整(コントロール)しようとする。自己が心身を対象化する二元論で、自己意識はメタ認知へと強化される。マインドフルネス療法は、有心のマインドフルネス(藤田, 2016)であろう。一方、森田療法は、自己と心身を分けて考えず(一元論)、生きる力を発揮し日々の生活の中の活動に専心することで、症状の流動性を体験することを目指し、自己意識を削り過剰な観念化をやめて自ずからなるもの(自然)に乗っていく。森田療法の目指すマインドフルネスは無心と言えるだろう。

**表 マインドフルネス療法と森田療法**

|              | マインドフルネス療法                                  | 森田療法                                            |
|--------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 自己と心身との関係    | 自己が心身を対象化(二元論)                              | 自己を心身と分けない(一元論)                                 |
| 自己意識         | 自己意識はメタ認知へ(強化)                              | 自己意識を削る(無化)(北西, 2001)                           |
| 症状との関係       | 自己が症状を受容し、コントロールを断念                         | 症状の流動性を体験し、症状はコントロールできないことを知る                   |
| 悪循環の切り方      | 瞑想によって切る                                    | 行動によって切る(内村と竹田, 2018)<br>(日々の生活活動、作業)           |
| 行うこと         | 注意・情動・身体にマインドフルな注意を向ける                      | 注意・情動・身体はそのままに、日々の生活活動を行う                       |
| ラベリング        | する(観察・洞察)                                   | しない(観念化をやめる)                                    |
| 介入技法         | 集中瞑想・静座瞑想、ヨーガ瞑想、歩行瞑想<br>洞察瞑想: ボディスキャン、ラベリング | 日常生活での実践、作業(受容技法+行動技法)                          |
| 訓練・エクササイズ    | する(瞑想)                                      | しない(日々の生活活動、作業)                                 |
| 行動           | 適応的な行動                                      | 建設的な行動<br>自然な欲求・感覚に乗った行動(感じから出発)                |
| 変化の内発的な動因    | ?                                           | 生の欲望                                            |
| マインドフルネスのあり方 | 臨床マインドフルネス<br>有心のマインドフルネス                   | ピュア・マインドフルネス(大谷, 2014)<br>無心のマインドフルネス(藤田, 2016) |

## 6. セルフ・コンパッションと森田療法

続いて、セルフ・コンパッションと森田療法の異同をクリスティン・ネフ『セルフ・コンパッション』（Neff, 2011, 以下（p…）は同書の頁を示す）を参照しつつ考えていく。

### (1) 症状形成過程モデル

セルフ・コンパッションと森田療法は、症状形成過程モデルはほぼ一緒であると言ってよいのではないか。例えば、セルフ・コンパッションの「好ましくない思考や感情を意識的に抑制しようとする」と、逆説的にそれらを強化する（p118）は、森田療法の「注意と感情の悪循環（精神交互作用）」であり、「いかなる体験も…自然な釣鐘曲線を描きつつ、発生してピークに達し、次第に消えていく」（p126）は、森田療法の「感情の法則」と同一であり、「今の自分でない自分になれる…それどころか、そうなるべきだと勘違いする」（p70）は、森田療法の「べき思考」であるし、「現実と理想を比較するせいで、苦しむのである」（p94）、「自分自身に関する考え方や評価を現実の自分と混同する」（p153）は、森田療法の「思想の矛盾」と同じである。「たとえ、特定の思考や感情が健全でなくても、そうした心的体験を追い払うことはできない。しかし…体験との関わり方を変えることは可能である」（p98）は、森田療法の「不安を取り除くことはできないが、不安への構えを変えることはできる」と同じである。また、「否定的な思考や感情の反芻は、安全でいたいという根底の欲求から出ている」（p113）は、森田療法の「不安の裏に欲求がある」に酷似している。「内発的な意欲は、学びたい、成長したいと思ったときや、とにかくおもしろそうだと感じたときに生じて、そのことをしないではいられなくなる」（p170）と、内発的な意欲について述べているが、これは、森田療法では「生の欲望」に相当すると考えられる。これまで、アクセプタンス&コミットメント・セラピー（Hayes, 2011）のように、森田療法と症状形成過程モデルが類似した欧米の精神療法はあったが、生の欲望に相当する概念に言及しているものはこれまでなかったのではないだろうか。

## (2) セルフ・コンパッションの構成要素と森田療法

セルフ・コンパッションの核となる構成要素は、①自分に優しくすること、②共通の人間性を認識すること、③マインドフルネス、である (p41) が、これは、森田療法では、①ありのままを受け入れる、②平等観、③素直な心 (心的流動性) に対応すると考えられる。その異同を見ていく。

筆者は、セルフ・コンパッションのキーコンセプト①の「無条件の優しさと慰めを自分に与える」(p12)「苦しみには、思いやりをこめた対応が可能」(p82)「自分が感じた不安を思いやってあげる」(p86) が何を言っているのなかなか理解できなかった。しかし、よくその前後を読んでもと「自分の恐れや不安を過剰同一化するのではなく、それらに対してマインドフルになることができれば、数多くの根拠のない苦痛から自分自身を救うことができる。…マインドフルネスは、私たちを現時点に連れ戻し、セルフ・コンパッションの土台となるバランスの取れた気づきをもたらす」(p86) と書かれているので、「思いやり」とは、客観視、気づき、マインドフルネスであることが分かる。つまり、セルフ・コンパッションでは、対象との関係に巻き込まれ、過剰同一化 (overidentification) (自己の感覚が感情的な反応にかかりきりになるために、自分の現実がそのことだけになる) (p84) してしまっている状態から、視点をメタに移し、自己と対象との関係事態を客観的に眺める (対象化する) ことによって、情動の揺れから離れようとする (図1-2)。

その背景にある両療法の大きな違いの第一は、マインドフルネス療法は、症状改善、情動調整という目的のため、自己が心身を対象化し、主体と客体を分けて考える二元論であるのに対し、森田療法は、過度の観念化を否定し、心身を自然と調和しようとし、主体と客体、心身を分けない一元論である。

第二に、セルフ・コンパッションやマインドフルネス療法は、生活の場でも瞑想の場でも気づいて意識化することを目指すのに対し、森田療法は、言葉にせずに意識化を離れるようにし、いわば、無意的な気づきの状態での動き (作業) を目指すという違いがあろう。

セルフ・コンパッションの核となる構成要素の③「セルフ・コンパッション

は…終わりのない比較ゲームで他者と競い合うのではなく、他者と共有しているものを受け入れ、その過程でつながりの強まりや全一性を感じる」(p155) は、森田療法の「平等観」に似る。平等観とは、「人間共通の心理であり、自分の病的あるいは特殊の心理でないという事を知り…自分の心の内に、人間を共通にみる」(森田, 1938/1975) ことであり、善悪や生死など対立する二項は一つのものごとの両面であるという見方である。しかし、セルフ・コンパッションは、西洋における「疎外された自己」(Epstein, 1995) を統合しようとする試みであるのに対し、森田療法は、東洋における「編みこまれた自己」(Epstein, 1995) を出発点とし、元来の統合に戻ろうとする動きであることが異なると考えられる。

## 7. セルフ・コンパッションと内観療法

セルフ・コンパッションにおける「傷つけた相手を許す」エクササイズでは、「長年、あなたが怒りや怨みを抱いてきた人で、今は許したいと思っている人のことを考え、①相手の行動のせいで自分に害が及んだ場合、その行動について考える。②相手はなぜ、どうにかして自分をおさえようとしなかったのか考える。③相手の性格特性がどのように形成されたか考える。④自分が抱いている怒りや怨みを少しは楽に手放せるようになったか確認する」。(p202) これは、他者に思いを致すという点で内観療法とよく似た介入であるが、詳細に検討すると異なっている。

内観療法では、他者からの疎外感・被害感を感じてきた(他者から陰性感情を受けていると感じてきた)クライアントに対し、治療者は「他者の気持を考えよう」と指示するのではなく、他者との関係の事実を内省する(内観する)よう指示する。ここで注意すべきは、対人関係の事実を内省する時の方向と内容である。内観三項目の①してもらったこと、②して返したこと、③迷惑をかけたことは、それぞれ、①他者からの陽性感情、②他者への陽性感情、③他者への陰性感情であり、内観前のクライアントの感じている状況、すなわち他者からの陰性感情(④とする)はあえて扱わない(症状不問)構造となっている。



これまでクライアントの心を占めていた④を扱わず、ほとんど注目してこなかった①②③に焦点を当てて介入することで、他者にたくさん世話になり（①（＋））、たくさん迷惑をかけた（③（＋））のに、お返しはほとんどしてこなかった（②（－））ことに気付いて、被害感情が消退する（④（－））という変化が生じ、結果として感謝の念を抱くに至る（図1-3）。すなわち、内観療法では、症状④と介入①②③は、背反の関係にあると言える。

一方、セルフ・コンパッションの「傷つけた相手を許す」エクササイズ①では、恨んでいる相手の心情を理解することによって、他者からの陰性感情④を低減させるべくストレートに④を扱うという戦略をとるため、内観三項目の①②③とは異なるアプローチである。また、セルフ・コンパッションでは、他者からの被害感が軽減した結果として、許しが生じるという点も内観療法とは異なる（図1-4）。

次に、「希望の兆し（シルバー・ライニング）を見つける」エクササイズでは、①人生で直面した最大の難題をふり返し、そのおかげと思うことはあるか？②今直面している難題から、何か肯定的なことは見つけれられるか？③もし見つからなければ、心の中で自分自身に向かって、支えになるような優しい言葉をかける。親しい友人なら、今のあなたにどんな言葉をかけてくれるか考える（p296-270）。このエクササイズは、セルフ・コンパッションの構成要素①「自分に優しくする」技法を用いているが、「人生の苦難をうける私」を鍵括弧に入れて、メタレベルの「私」あるいは、友人の想像上のセリフ（その実はメタレベルの「私」）が、私にやさしい言葉をかけて支えるため、その結果、苦難が相対的に減じて、肯定的な部分にも注目できるようになるのであろう（図1-4）。

## 8. おわりに

森田療法のマインドフルネス療法との違いは、第一に、＜私＞というメタの視点を置かないこと、むしろ生活への没入によって＜私＞から降りようとする事、第二に、ラベリング（言語確認）しないこと、第三に、心身のマインド

フルな受容（①症状をそのまま感じる）のみならず、生の欲望の発揮（②目前の必要なことをする）を同時に目指していることであった。

臨床的マインドフルネスは、脱宗教化を目指しコントロールモデルの精神療法の技法の一部分に組み込まれたが、マインドフルネスの体験を内在化するには、体験のコントロールの断念（あきらめる）が必要であろう（北西，2016）。東洋の一元論的な自然観をもつわれわれ日本人は、あえて二元論から入って一元論を学び直す必要はなく、心身を分けずに自ずからなるものに従うというモデルの方が自然に受け入れられるのではないだろうか。

セルフ・コンパッション、マインドフルネス療法と森田療法、内観療法は、症状形成過程モデルはほぼ一緒であるが、二元論か否（一元論）かの世界観が異なるため、治療介入には随所に違いがある。その異同を検討していくことが、今後、各々の精神療法をより深化洗練させることにつながると期待される。

なお、本稿は、主に以下の2論文に依拠している。

新村秀人（2019）森田療法とマインドフルネス. 精神医学, 61（6）; 671-681.

新村秀人（2022）森田療法、内観療法からみたマインドフルネスとコンパッション, 精神療法48（5）; 42-48.

## 引用文献

秋田巖編（2014）日本の心理療法 思想篇. 新曜社.

Epstein M（1995）Thoughts without a thinker. Basic books.（井上ウィマラ訳（2009）ブッダのサイコセラピー. 春秋社.）

藤野正寛（2018）マインドフルネスの効果の機序 脳科学の立場から：2つの瞑想技法と4つの心理的過程. 佐渡充洋、藤澤大介 編著：マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本. 日本医事新報社, pp46-62.

藤田一照（2016）マインドフルネスと無心. 精神療法42（4），9-15.

Hayes SC, et al（2011）Acceptance and commitment therapy: The process and practice

of mindful change. Guilford Press. (武藤崇, 三田村仰, 大月友 監訳 (2014) アクセプト  
タンス&コミットメント・セラピー (ACT) 第2版. 星和書店.)

Kabat-Zinn J (1990) Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind  
to face stress, pain and illness, Delacorte. (春木豊 訳 (2007) マインドフルネススト  
レス低減法. 北大路書房.)

北西憲二 (2001) 我執の病理 森田療法による「生きること」の探究. 白揚社.

北西憲二 (2011) 森田療法. (加藤敏, 神庭重信, 中谷陽二ほか編 現代精神医学辞典.  
弘文堂.)

北西憲二 (2012) 回復の人間学 森田療法による「生きること」の転換. 白揚社.

北西憲二 (2016) マインドフルネスとあるがまま. 精神療法42 (4), 16-22.

Linehan, MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality  
disorder: Diagnosis and treatment of mental disorder. Guilford Press. (大野 裕 監 訳  
(2007). 境界性パーソナリティ障害の弁証法的行動療法 DBTによるBPDの治療. 誠信  
書房.)

真栄城輝明 (2005) 心理療法としての内観療法. 朱鷺書房.

森田正馬 (1938/1975) 第1回～第66回形外会. (高良武久編集代表) 森田正馬全集 第  
五巻, 白揚社.

村瀬孝雄 (1977) 内観療法と森田療法. 高良武久監, 大原健士郎編: 現代の森田療法  
理論と実際. 454-468, 白揚社.

中村敬: 認知行動療法の新しい流れと森田学派の立場. 日本森田療法学会雑誌 18; 45-  
50, 2007

中村敬, 北西憲二, 丸山晋 他 (2009) 外来森田療法のガイドライン. 日本森田療法学  
会雑誌, 20; 91-103.

Neff, K (2011) Self-compassion: The proven power of being kind to yourself. (石村郁  
夫ら監訳 (2021) セルフ・コンパッション [新訳版]. 金剛出版.)

新村秀人 (2016) 高齢者への森田療法と内観療法. 精神科, 28 (5); 384-388.

大谷彰 (2014) マインドフルネス入門講義. 金剛出版.

Segal, ZV, Williams, JMG, Teasdale, JD (2002) . Mindfulness-based cognitive therapy

for depression: A new approach to preventing relapse. Guilford Press (越川 房子 訳 (2007): マインドフルネス認知療法. 北大路書房.)

内村英幸 (2020) 森田療法と西田哲学の対話 強迫観念の解脱と自己実現への道. 精神療法46 (6); 92-104.

内村英幸, 竹田康彦 (2018) 精神科クリニックにおける精神療法. 金剛出版.

## 付記：千葉先生の思い出

北海道大学文Ⅲ系 (法学・経済系) の2年生の後期に千葉恵先生の「哲学」を受講した。その講義では、「生は動的バランス」「夢と希望が重なる時、円環運動の二ヒリズムから抜け出て、前進が始まる」「前進とは、退引ならない現実を乗り越えること」「自己自身との一致において満ち満ちて生きる」と千葉先生が学生達に熱く語っていた。そのような先生の姿に惹かれ、研究室を訪ねてお話 (議論?) をしに行ったものである。「哲学」の期末レポートのテーマは、「次の5問から3問の選択ないし授業に関連したテーマで自由に書く。(1)『人の生は平等である』と『人の生は不平等である』という命題の各々の論証を試み、各自の見解を述べよ。(2)知識と理解の相違を情報と身体化の視点から論ぜよ。(3)言語の機能の分析としての意味論、統辞論そして語用論を説明せよ。(4)意志の弱さの構造を無知論との比較のうえ説明せよ。(5)知と不知の関わり方の三層を説明し、技術知と実存的参与の相違を論ぜよ」というものであった。小生は、ドストエフスキー、ニーチェ、キェルケゴール、カール・バルトなどを読み、「神在りや」というレポートを書いている。この講義のレポートは『青春の自画像』と題した冊子にまとめられ、配布された。手元にそのレポート集があるが、今改めて見ると、若い学生たちのマグマのようなエネルギーに満ちている。

小生はその後、法学部に進み、実定法の勉強はあまりせずに、法哲学や政治思想史を学んだ。卒業論文のテーマは「ドストエフスキーにおける自由の問題」というおよそ法学部らしからぬタイトルである。文学部の講義にももぐり、西洋哲学、印度哲学、宗教学、倫理学などを聴き、大学院のゼミでヘーゲルを読んだ。また、恵迪寮で聖書を読むグループをつくり、北12条教会に通ったり、すすきのに近い曹洞宗の中央寺の座禅会に参加し、全国の禅寺の接心会に参加したりした。法学部卒業後は、医学部に再入学して精神科医

となり、慶應義塾大学医学部精神神経科学教室で、社会精神医学（精神科リハビリテーション、精神科地域ケア、精神障害者の高齢化）、老年精神医学（高齢者コホート研究、超高齢者のメンタルヘルス）、精神療法（日本発の精神療法である森田療法や内観療法）の勉強をした。本稿もこの分野に関わるものである。

千葉恵先生が、長年の思索を集大成された『信の哲学—使徒パウロはどこまで共約可能か』を著されたことをインターネットで見つけ購入したが、その後、北海道大学を退職され、神奈川県登戸にある伝統あるキリスト教学生寮である登戸学寮の寮長をされていると知り、2021年の春に20年ぶりに再会を果たした。千葉先生はお変わりなくエネルギーギッシュで、若者（寮生）の力を信じ育てられていることに感銘を受けた。小生が、同年から東洋英和女学院大学に着任したこともあり、千葉先生に『死生学年報2022』（東洋英和女学院大学死生学研究所編）に「聖書の死生観—旧約における待望の蓄積から新約の時の満ち足りへ」をご寄稿いただいた。また、千葉先生を通じて、聖書を読むグループで一緒だった浅香力君（現在は耳鼻科医）が『信の哲学』を勉強していると知り、30年ぶりにつながることができた。千葉先生の学者・教育者・信仰者としての大きな力を感じている。