

特集：心身症治療最前線－近畿大学医学部心療内科

## 心療内科医（心理療法をする内科医）の心理療法

松岡弘道<sup>1,2)</sup> (MATSUOKA, Hiromichi)<sup>1,2)</sup>

村上佳津美<sup>3)</sup> (MURAKAMI, Katsumi)<sup>3)</sup>

小山敦子<sup>1)</sup> (KOYAMA, Atsuko)<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 近畿大学医学部附属病院心療内科

<sup>2)</sup> 近畿大学医学部附属病院がんセンター緩和ケア室

<sup>3)</sup> 近畿大学医学部堺病院心身診療科

### 要 約

心療内科で扱う心身症の患者によくみられる特徴に、①失感情症、失感情言語化症 (Alexithymia)：自分の内的な感情への気づきとその言語表現が制約された状態、②失体感症 (Alexisomia)：ホメオスターシスの維持に必要な身体感覚（空腹感、満腹感、疲労感など）への気づきが鈍い傾向、がある。このために過剰適応となり、様々な身体の不調をきたす心身症へと発展していく。

したがって、心身症治療の中心は、これらの病態－「心身相関」への気づきを促し、患者自身に新しい適応様式を獲得してもらい、セルフコントロールできるようにすることである。代表的な心理療法として、自律訓練法、交流分析・ゲシュタルト療法、認知行動療法について概説するとともに、日本ではまだあまり知られていないが、最近、筆者らが渡独し、開発者から直接研修を受けたオートノミートレーニングについても詳述する。

近畿大学では、今後、幅広い患者へ心身医療を提供していく。

Key words：心身症、心身相関、セルフコントロール、Alexithymia、Alexisomia

### I. 心療内科・心身症の定義

心療内科とは「心身症」を診る専門の科として、1996年に標榜が認められた。日本心身医学会によると、「心身症」の定義は、「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認められる病態をいう。ただし神経症やうつ病などの他の精神障害に伴う身体症状は除外する」である。したがって、心療内科で扱う心身症も“身体疾患を有すること”が前提となる。”

## II. 心身症の病態と治療

心身症の患者によくみられる特徴としては、「失感情症、失感情言語化症 (Alexithymia)」: 自分の内的な感情への気づきとその言語表現が制約された状態<sup>1)</sup>、と「失体感症 (Alexisomia)」: ホメオスターシスの維持に必要な身体感覚 (空腹感、満腹感、疲労感など) への気づきが鈍い傾向<sup>2,3)</sup>がある。このために、内面的な怒りや葛藤を無意識下に抑圧し、身体の警告として発せられている疼痛や疲労感を我慢して無理を重ねる (過剰適応) ために、結果として、さまざまな身体の不調をきたす心身症へと発展していくと考えられる。ただ、同じようなストレスに直面した場合でも、患者によってどの器官に症状や病気が出現するかの器官選択性は、おもに遺伝的素因による部分が大いと考えられている。心身症はこの「心身相関」によって成り立つと考えられているが、心身医学用語辞典第2版<sup>4)</sup>によると「心身相関」の定義は、「精神的葛藤や行動様式が体の状態に影響を与えて病気を作り、逆に体の状態が心の働きに影響を及ぼすこと」である。

従来の西洋医学的アプローチでは、心 (精神面) の病態は主に精神科で取り扱われ、身体面の病態は循環器科、消化器科など細かく臓器別に細分化され、臓器レベルから細胞、分子レベルまで、狭く深く病因を追求し、それに見合った治療法を開発してきた。もちろん、それは重要なことであり、現代医学の発展に大きく寄与したことは言うまでもない。しかし、人間は心 (精神) だけで生きているわけではなく、一臓器 (例えば、肝臓) だけで生きているわけでもなく、心 (精神) をもった身体で日々生活しているわけで、今度はそれらを統合した一身体として見る観点からのアプローチも必要になってくる。それが、「心身一如」という考え方で、むしろ東洋医学の世界では従来からこの観点を兼ね備えていた。「心身症」の病態を理解し、その治療を行う際には、これらの面からのアプローチが不可欠で、心療内科は患者 (人間) を心身両面から、また社会的存在としての側面も含めて、全人的医療を実践していく医療といえる。

したがって、心身症の治療は、「心身相関」に患者自身に気づいてもらうことから始まる。そのために、医師は、患者の失感情症的性格傾向を踏まえたうえで、受容と共感をもって訴えを聴き、治療への動機づけを高め、良好な医師・患者関係を構築し「心身相関」への気づきを促す。その過程では、診断の補助、患者自身の自己理解の促進、心理的側面の経過をみるなどの目的で、種々の心理テストを用いることもある。各々の患者に見合った心理テストを組み合わせて (これを「テストバッテリーを組む」という)、面接も加え、総合判断として病態理解を患者と共有することが重要である。そのためには、心療内科では通常の内科的診察 (除外診断を含む) に加え、積極診断 (診断的治療を含む) も行い、病態仮説 (心理社会的背景も含めた病気を発症した機序) を構築し、患者とともにそれを改変・共有する。さらに治療方針についても同様である。そして、これらの心身両面からの治療を継続すること

により、患者は自ら新しい適応様式（自身の葛藤への取り組み、ライフスタイルの変容）を獲得し、セルフコントロールできるようになる。これが治療のゴールである。治療の実際としては、抗うつ剤や抗不安薬などの薬物療法の他に、さまざまな心理療法を活用するため、次項では、この心理療法について詳述する。

### Ⅲ. 心療内科における心理療法

心療内科における心理療法の3本柱は1) 自律訓練法、2) 交流分析・ゲシュタルト療法、3) 認知行動療法である。他にバイオフィードバック療法、精神分析療法、絶食療法、森田療法、箱庭療法、芸術療法などさまざまな療法があり、その患者の資質、医療機関の体制・設備、治療者の習熟度などによって適宜選ばれ、組み合わせられて施行されている。最近では筆者が、ドイツハイデルベルグで研修を受けた4) オートノミートレーニングにも力を入れている。ここでは、心療内科心理療法の3本柱である1)～3)についてその歴史と特徴について概説し、日本ではまだあまり知られていないオートノミートレーニングについて心身症の治療という観点から詳述する。

#### 1) 自律訓練法 autogenic training

##### ①歴史と特徴

自律訓練法は、ドイツの脳生理学者 Vogt の臨床的催眠研究をもとにして、精神医学者 Schultz が体系づけた心理生理的治療法である。その特徴は、言語公式を反復暗唱しながら身体各部位への受動的集中を通じて、心身の変化や外界の諸現象に対する受動的態度を形成していくことにある。そのことにより、一時的、部分的な治療的退行状態へ移行し、自我の休息と機能回復が可能となる。また、これはセルフコントロール技法であり、練習を積み重ねることで、心身の状態は緊張から弛緩へ、興奮から鎮静へ、消耗から蓄積へと自然に変化する。このように自律訓練法の効果は心理生理的变化の結果として得られるものである<sup>5, 6)</sup>。最近ではストレスを受けたときの自律神経の反応および分泌される「ストレスホルモン」が、初期の「前立腺がん」の進行に大きな影響を及ぼしている可能性があることが判明している<sup>7)</sup>。

##### ②適応と禁忌<sup>8)</sup>

以上の特徴から、自律訓練法の適応は主に神経症と心身症であるが、心身症の中でも消化器系（過敏性腸症候群、嚥下困難、胆道ジスキネジー、慢性膵炎、習慣性便秘など）、心臓血管系（心臓刺激伝導系異常（各種不整脈など）、本態性高血圧症、末梢循環障害、顔面紅潮など）、呼吸器系（気管支喘息、過換気症候群、神経性咳嗽など）、内分泌・代謝系（糖尿病、甲状腺機能障害、肥満症など）、筋骨格系（関節炎関連疾患、腰痛症、筋痛症など）障害など、その適応は多岐にわたる。

逆に禁忌としては、1. 心筋梗塞 2. 糖尿病で長期間の医学的監視が困難な場合 3. 低血糖様状態 4. 退行期精神病反応、迫害妄想、被害妄想を示す患者 5. 急性精神病、統合失調症的反応の激しいとき 6. 極度に不安感や焦燥感が亢進しているとき 7. 消化性潰瘍の活動期 とされている。

### ③治療の実際<sup>9)</sup>

#### 1. 準備：

この段階で最も重要な点は、自律訓練法の効果、行う意義について患者に十分に説明し、初回は医師自らが患者とともに行うことで、患者に十分な動機づけを行うことである。練習中には、7段階の言語公式（表1）を反復暗唱しながら、その公式と関連した身体部位に受動的に注意を集中する「受動的注意集中」を行うことを説明する。次に、これを可能とする静かな環境を整え、仰臥位、単純椅子姿勢または安楽椅子姿勢など身体全体の筋肉が弛緩しやすく、体位が崩れにくい自然で安定した姿勢で、一般に閉眼とする。

表1. 標準練習の公式

背景公式(安静練習)	気持ちが落ち着いている
第1公式(四肢重感練習)	「両腕両脚(あし)が重たい」
第2公式(四肢温感練習)	「両腕両脚(あし)が温かい」
第3公式(心臓調整練習)	「心臓が静かに規則正しく打っている」
第4公式(呼吸調整練習)	「とても楽に呼吸(いき)をしている」
第5公式(腹部温感練習)	「おなか(胃のあたり)が温かい」
第6公式(額部涼感練習)	「額が心地よく(こちよく)涼しい」

## 2. 実践（標準練習）：

標準練習は、はじめに背景公式（気持ちが落ち着いている）と第1公式（重感練習）を行い、それがマスターできたら、順に次の公式を加えていく。利き腕から順に練習していくが、はじめから両腕同時に練習を行ってもよい。標準練習全体の公式をまとめた練習では、以下のように公式を心の中で繰り返していく。気持ちが落ち着いている・・・第1公式（重感練習：両腕が重たい）・・・気持ちが落ち着いている・・・両脚が重たい・・・気持ちが落ち着いている・・・第2公式（温感練習：両腕が温かい）・・・気持ちが落ち着いている・・・両脚が温かい・・・気持ちが落ち着いている・・・以下、順に基本公式と第3～6公式をはさんでいく。それぞれの公式を2～3回ずつ心の中で繰り返し、しばらく身体感覚を味わった後、消去動作を行う。1回の習時間は3～5分程度でよいが、1日3～4回は行うほうがよい。また、訓練日記などの記録をつけることが望ましい。訓練の最後には、消去動作として、両手の開閉運動を4,5回、肘の屈伸運動を4,5回、背伸びをしながらの深呼吸を行い、最後に目を開く。時間のないときは、背景公式、第1公式、第2公式のみを行うこともある。

## 2) 交流分析 Transactional analysis (TA)・ゲシュタルト療法<sup>10)</sup>

### ①歴史と特徴

国谷によると、交流分析は、「自我心理学派の精神分析から出発し、行動科学的、システム論的発想と、人間と人間との実存的出会いを尊重する哲学を基礎にして発展した集団精神療法<sup>11)</sup>と定義されている。Berneによって1950年代に創始された性格およびコミュニケーションの理論とそれに基づく治療体系である。その特徴は、個人の心的体制を自我心理学的な観点から3つに分け、それぞれ、P (Parent)、A (Adult)、C (Child)と記号化し、自我状態と呼ぶ。TAの目的のひとつは、現時点での自我状態に気づくことで、感情、思考、行動を自己コントロールすることにある。Duseyは、自我状態のそれぞれが放出していると想定される心的エネルギーの量をグラフ化して、エゴグラムを創案<sup>12)</sup>し、対人関係におけるやりとり (transaction) を分析し、自らの問題のある交流様式の改善を図ることを目指した。交流様式のうち、表と裏を含む二重構造の習慣化したコミュニケーションで、不快感情 (ラケット感情) や非生産的な結末をもたらす交流を「ゲーム」と呼ぶ。Berneは、“約30のゲームのからくりを明らかにし、これを止めるための自己訓練を行うことがTAの目的である”とした<sup>13,14)</sup>。TAの究極のゴールは、人生早期にその起源をもつ“脚本”を修正することによって、無意識の自己破壊的な人生スタイルからの解放を目指すことにある。これは今日のGouldingらの再決断療法<sup>15)</sup>にもつながっている。ゲシュタルト療法は、Perlsによって創始された総合的、実存主義的な心理療法<sup>16)</sup>で、「今、ここ」の治療場面での気づきにより、心身のホメオスターシスの回復、人格の統合を目指すものである。この気づき

とは、心身相関について知的に理解することではなく、感覚的・内的体験を象徴化し意識化することにより、外界ではなく個人の内面に自分を変え、支える力がある事実を体験することを意味する。

## ②適応と禁忌

交流分析を行うにあたって、患者の行動変容の難易性に次のような分類を用いる。

### 1. 一時的不適応のグループ

比較的健康な自我を持ったグループで、頭で理解できれば、考え方や行動を変えることができる人であり、発病前には良好な適応能力を示している。このグループは最もよく反応するグループであり、交流分析の良い適応である。

### 2. 神経症レベルのグループ

本人にも気づかない葛藤を持ち、そこからなかなか抜け出せないでいるのが特色である。一般にはある程度、長期にわたって認知の修正を行うことになるが、社会的学習が不足しているケースも少なくないので、社会的技能の習得の訓練も同時に行うことが望ましい。

### 3. 重い性格障害のグループ

患者自身に自分をわかってほしいという願望が少ないため、取り扱いの極めて難しいグループであり、一般に交流分析的アプローチの効果は期待できない。

## ③治療の実際<sup>17)</sup>

### 1. 問題の明確化と治療契約

交流分析・ゲシュタルト療法では、まず自分の感情、思考、行動にどんな問題があるのかをはっきりさせる。次に、自分のどこを変えたいか、その変化がおこったときに何によってそれがわかるか、について明確な契約を結ぶ。

### 2. 抵抗の処理

治療者は、患者の自己変容をめぐる葛藤を明確化する。

### 3. ラケット感情に気づき、幼児の決断を探る

問題について患者がどのような交流パターンを示すかを分析する。慢性的な不快な感じ、非生産的な結果をもたらす情動をラケット感情とよび、それは前意識的なレベルでの歪んだ思考を伴っている。人生早期に養育者から発せられる“禁止令”<sup>15)</sup>に対して、子供はそれを受け入れるか、拒むかの「早期決断」をしている。

### 4. 再決断と新たな解決法の実践

早期の古い決断を放棄し、新たな別の方法での問題の解決を図る「脚本」の書き換えが最終段階である。その際には「空椅子の技法」を用いて、当時の生活場面を「今、ここ」の時点で再現することも多い。

## 3) 認知行動療法 (CBT)<sup>18)</sup>

### ①歴史と特徴

1960年代後半、それまでの行動主義心理学に対する反省批判が起こり、認知心理学が発展し、基礎心理学の一分野となった。そのような流れのなか、Beckは認知療法を創始し、後に行動療法との融合が起き、今の認知行動療法（CBT）となった。CBTはイメージという媒介過程を通じて、学習により行動変容をはかる方法であり、以下の4つの過程が含まれる<sup>19)</sup>。まずは、自動思考（外的な出来事と、それに対する個人の感情的反応の間に介在するもの。認知の歪曲とも呼ばれる）を引き出すこと。その後、治療者は教師として患者に自動思考の妥当性を検証する手助けを行う。さらに、自動思考を確認する作業を続けるうちに、通常思考型が明らかになり、基礎にある不適応型仮説（～だから〇〇に違いないなど）の確認が可能になる。さらに、不適応型仮説の妥当性の検証を行う。この場合、自動思考の検証の場合と同様に仮説の確かさを検証する。その際、治療者が患者に仮説の妥当性を弁護するように求めることは有効である（例：「なぜそのことはあなたにとってそれほど重要なのですか？」）。

### ②適応と禁忌

不安障害、うつ病、慢性疼痛、A型行動パターン、過剰適応、燃え尽き症候群、食事・睡眠・運動など生活習慣上の問題、摂食障害、パーソナリティ障害、自殺など広範な疾患、行動、問題が適応となる。意識障害がある場合や明らかな幻覚妄想などの思考障害を持った患者には禁忌である。自分の感情を確認できない患者、知的レベルが低い人に用いる場合、工夫が必要である。

### ③治療の実際

問題の同定、行動分析、特に認知の同定、治療目標の設定、治療課題の設定、次回の面接へと進む。生物学的技法、行動的技法、認知的技法のいずれもが用いられるが、概ねこの順序で適用する。実際の治療は個人療法、集団療法、家族面接などで進めるが、ここでは個人療法の概略のみ記載し、その詳しい治療内容については、成書に譲る。

#### 1. どう困っていて、どうしていて、どうなればいいのか聞く

まず、「どんなふうに苦しんだり、困ったりしているか、差し支えない範囲で話して下さい」、「それはどこで経験しますか、体ですか、感情ですか、行動ですか、周囲との関係ですか」と症状、問題を具体的、詳細に尋ねる。次に「それに対して、どう考え、どうしていますか」と現在の工夫、努力を尋ねる。さらに「どう考え、どうできるようになりたいですか」と改善や解決の状態を思い描くように促す。

#### 2. どうすれば、なりたいうようになりやすいか教える

苦痛、困難があれば、それを避けようとするのは自然なことである。しかし、このような回避行動が、症状や問題を強め、持続させていることが多い。回避行動を自制して、時間を待てば、苦痛は意外に早く和らぎ、楽になることを説明する。また課題が大きすぎる

場合は小ステップに分けると実行しやすいことを説明する。

### 3. 実行しやすい環境や条件を整える

どういう条件があれば、実行しやすいかをもっとも良く知り、実行できるのは患者自身であることを重視する。患者が家族や治療に何を期待しているか具体的に確かめる。「家族に協力してもらいたいことがありますか」、「励ましてほしいですか、黙って見守ってほしいですか」、「治療に何を期待しますか、検査ですか、薬ですか、入院ですか、説明ですか、アドバイスですか、相談ですか、診断書ですか、こうしてお話を聞くだけでいいのですか」など。次にそれが、どう役立つと思えるか確かめる。

### 4. 選び、実行するのを見守り、発見、工夫、努力、進歩を見だし、評価する

患者が自分で選び、実行するのを見守り、発見、工夫、努力、改善など小さな変化を見だし、評価し、褒める。「大切なことに自分で気づいた。感心します」、「苦しいのによく耐えている」、「工夫、努力している」、「着実な進歩です」など。症状や問題の中にも改善や進歩に向かう側面を見だし評価する。また失敗や再発、悪化を新たな学習の機会としてとらえ直すように助ける。例えば、患者がまた悪くなったと訴えた時、「今までのやり方では悪くなるということがわかったのは収穫ですね。これからどうしたらいいか、工夫することができます」と言い換える。また悩みや苦痛を訴えること自体を、問題解決の欠かせないステップとして肯定的に評価する。「苦痛を感じ取り伝えることができている」、「問題にしっかり向き合うことができている」など。改善や進歩がみられた場合、「あなたが努力した結果です」と患者自身が成し遂げたことを強調する。

以上の内容は、近畿大学臨床心理センター紀要 創刊号<sup>20)</sup>に記載した内容と一部重複するのでそちらも参照されたい。

## 4) オートノミートレーニング

### ①歴史と特徴

オートノミートレーニングは、1970年代、ドイツの医学博士 Ronald Grossarth-Maticsek によって考案された心理療法である。

これは以下の基本原理より成り立つ。

1. 人間は快、幸福感、安定を求める存在である。しかし、快や幸福感の模索の中で誤った仮説を持ち、袋小路に陥り、諦念や死への憧憬を持つことすらある。その心の有り様が健康を損ねる重大な要因となり得る。
2. クライアントがどのような領域、どのような方法で幸福感の獲得を期待しているのか、あるいは幸福感へ至る願望を抑圧しているのか、そして彼らにとって最も重要な感情的欲求が何であるのか、これらを明らかにする。
3. 治療では、快と幸福感を得る自信を強化することを一貫した目標とする。誤った仮説



に基づく行動、実際には不可能な過去の経験の再現への試み（対象依存性）も肯定的に評価した上で、さらに新たな試みが加わるような支援を行う。

4. 快、幸福、安定が得られると、これを維持・強化するための無意識的／意識的な営み（自律性）が自然に働き始める。一つの領域での変化は、他の領域へと拡大してゆく。
5. 治療者自身、快、幸福、安定を得るべく自らを強く動機づけ、維持することが必要である。治療者とクライアントとの関係は、同等の潜在能力を持つ人間どうしの対等な関係である。過度の支援によって患者固有の独立性、自立性、自律性の発展を妨げてはならない。

オートノミートレーニングの特徴は、個人の精神的健康が、外的対象（人物・条件）によって大きく左右され、慢性的に影響を受けるという対象依存的な行動パターンを、影響されても一時的であるセルフレギュレーション（自律的）な行動パターンへ移行するトレーニングである。その結果、幸福感 wellbeing、心の平穩、適度な刺激、自信・自己効力感、およびストレス状況をコントロールできるという感覚を得るための営み、あるいはそれらを積極的に獲得できる能力、心身の健康を自律的に維持・増進する行動および能力であるセルフレギュレーションの獲得に至る。

Grossarth-Maticek は、この基本原理に従い、ハイデルベルク市民を対象とした前向き介入研究（ハイデルベルク研究）を行っている。Grossarth-Maticek の行動特性は、半構造化面接において、タイプ I（過度の適応を示す制止が支配的なタイプ）、II（過度の興奮が支配的なタイプ）、III（制止、過度の興奮、平衡が短い周期で交替するタイプ）、IV（精神的平衡を持続できるタイプ）に分類され、慢性疾患との関連は、それぞれタイプ I（がん）、タイプ II（心血管病）、タイプ III（健康）、IV（健康）につながる行動パターンとして分類している（図 1）<sup>21)</sup>。この研究については 1970 年代後半～1980 年代前半にかけて、「結果が良すぎるので本当かどうか？」についての議論がなされた。その結果、1980 年代後半～1990 年代前半にかけて、独立グループによる検証試験が行われ、Grossarth-Maticek の研究結果は完全に支持された<sup>22, 23)</sup>。しかし、それ以降オートノミートレーニングの効果の追試は報告されていない。結果を「良すぎる too good to be true」として単純に排除するのではなく、必要に応じて彼らの協力を請い、できる限り彼らと同等の手続きを用いた追試を行い、その結果を得て議論を進めることが適切と考え、昨年度、日本でもオートノミートレーニング研究会が発足され、本年度、有志が渡独し開発者である Grossarth-Maticek より直接の研修を受け、日本初の認定トレーナーが誕生した。

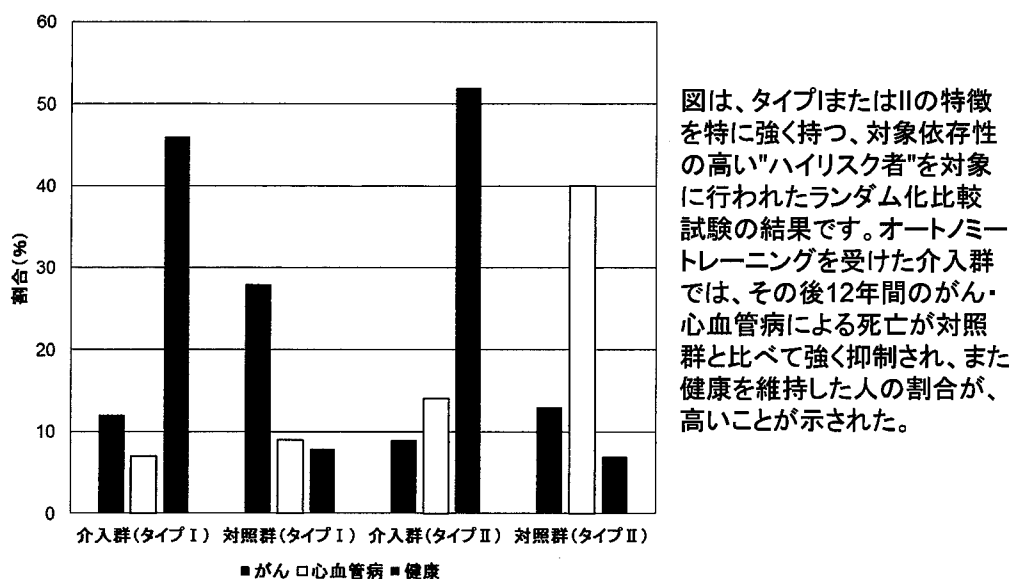


図1. ハイリスク住民におけるオートノミートレーニングの健康増進効果－ハイデルベルク研究－ 1975/76-1998

## ②適応と禁忌

以上の特徴から、オートノミートレーニングの適応は非常に幅広い。逆に、トレーナーがクライアントよりも能力が高いという情報を発信することは禁忌とされている。オートノミートレーニングが失敗に終わる例にはいくつかのパターンがあることが知られており、その項目を下記に示す。詳細は成書を参照されたい<sup>24)</sup>。

1. クライアントにとって感情的に非常に重要な関係者（例えば配偶者、パートナー、両親等）がオートノミートレーニングに反対すること。
2. 新たな行動パターンを抽象的に想像したり、その行動パターンに対して感情的に反応したりする能力が不足していること。ただし、この項目は上記1の項目よりは、容易に克服することが出来る。

## ③治療の実際（標準的な治療の進め方、図2）

1. 治療の概説を行う（治療の仮説・目標・方法について説明する。）

はじめに、クライアントに治療の流れを説明する。「治療の目的は、不快感を減少させ、幸福感と快と精神的な安定感を刺激し、自分にとって大切な目的に到達することである」などを行う。そのうえで、長い目で見て良い結果を得ようとする行動を自らとり、その結果から学んでいくこと、望ましい行動とは何かを自ら考え、練習法や技法の選択も自ら行うこと、長い目で見て良い結果を生む行動を修得することで、心身ともにより健康になれることが説明される。クライアントは大抵動機づけられているが、それは彼らにとってそ

の問題の解決が本質的だからである。重要なことは、最初に十分な動機づけを行うことである。

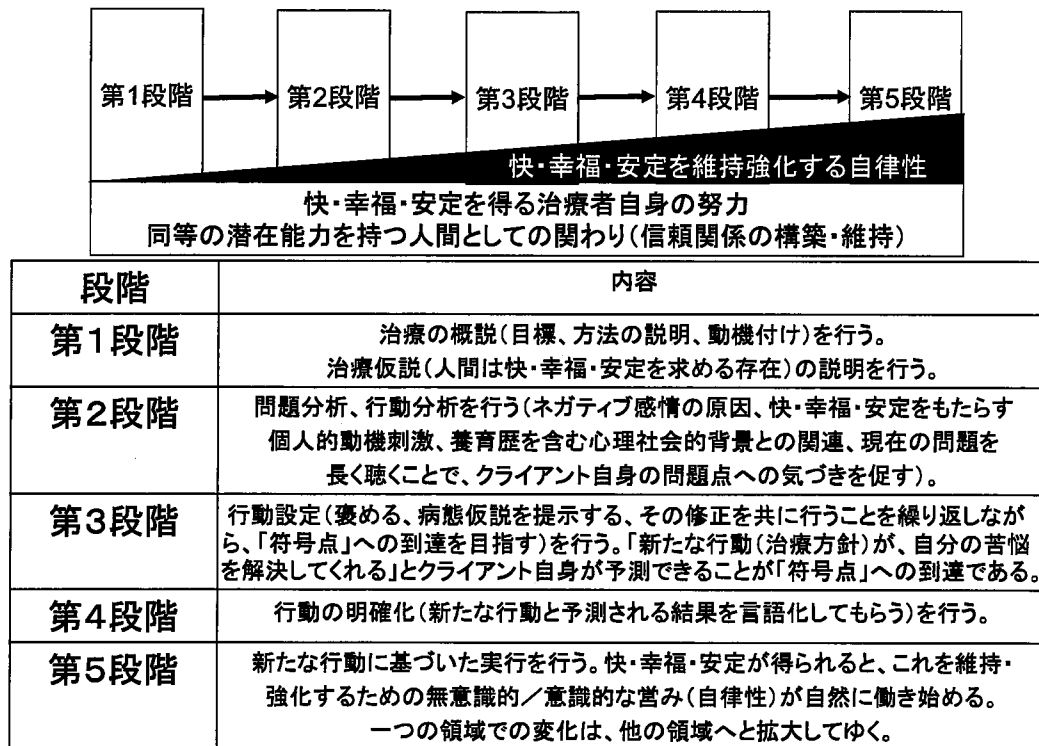


図2. オートノミートレーニングの5段階

2. 問題分析、行動分析を行う。

ネガティブな感情を生んでいる原因は何か、どのような個人的動機を刺激すれば、“快”を目指す活動によって阻害的な問題が解決され、快と幸福感がもたらされるのかを分析する。ここでは徹底的にクライアントに長く自由に語らせることで、自分の問題点への気づきも促す。そのため過去の経験と現在の問題について語ってもらう。具体的には、印象に残る肯定的/否定的体験を、生育期(養育者との関係)、パートナーとの関係、仕事の領域などについて語ってもらう。そのうえで、大切な目標とは何か、それを妨げるものは何かについて語ってもらう。

3. 新たな行動設定を行う。

新たな行動の探索を行う。対話(「クライアントを褒める、病態仮説を提示する、その修正を行う」の繰り返し)を通じて「この新たな行動(治療方針)が、自分の苦悩を解決してくれる」とクライアント自身が予測できる「符号点」への到達を目指す。具体的には、快-不快の源泉、関係する行動パターン、現在の問題と過去の経験とのリンクの有無につ

いて検討する。治療者より分析結果（案）を呈示し、クライアントとともに検討、修正作業を行う。その際には、問題の解決、または目標への到達、あるいは快・幸福感を増やすために、とり得る行動について語ってもらう。必要に応じて、参考になる可能性のある事例をいくつか呈示し、クライアントの想像力の刺激を試みる、あるいは、新たな行動を実行する助けとなり得る技法（脱感作、催眠、リラクゼーション etc.）を呈示する。この過程は、クライアントが本当に納得するまで徹底して行うことが極めて重要である。

#### 4. 新たな行動の明確化

双方向性の対話を通じて、新たな行動と予測される結果を明確に言語化する。具体的には、納得に至った新たな行動をクライアントが要約し、それを自身で記録してもらい、セッションを終了する。

##### ④応用

標準的治療として、個人療法（クライアントとトレーナーによる面接療法。所用時間は通常1～2時間）を紹介したが、その他に、グループ療法（複数のクライアントが参加する。他の参加者の治療過程を見ることが、自分の治療にとって良い刺激となる。）、ワーク・テキストを用いた治療（2日間のセミナー受講の後、ワーク・テキストを用いて自己治療を行う。個人的な分析やトレーニングは行われぬ）、集団を対象とした治療（集団内の個人あるいは集団全体の分析を行い、それぞれにとって大切な目標に到達するにはどうすればよいかに関して助言を与える）などがある。

##### ⑤既存の心理療法との差異および今後の方向性

オートノミートレーニングについては、元世界心身医学会会長で行動療法の創始者である Eisenk 博士や精神分析療法の大家であった Bastiaans 博士が支持し、現在でも認知行動療法の第一人者である早稲田大学の熊野教授は、「行動療法の最前線で発展しつつある『新時代の認知行動療法』と相通じるものがある」<sup>25)</sup>と述べている。

認知行動療法や洞察思考的精神療法（精神分析療法も含む）との相違点は多々あるが、まず根本原則（「人間は快、幸福感、安定を求める存在」であること）が異なること、禁忌（トレーナーがクライアントよりも能力が高いという情報を発信すること）を厳しく設定していることである。その後の治療の流れ（上記③参照）が一貫していること自体も特徴であるが、時間制限を行わず行うこと、初回で87%の治療が終了することなどが特筆すべきものであろう。

支持的な精神療法をはじめとした多くの精神療法と共通する点は、受容的な雰囲気のもと、安心感を与え、現状の保証を提供することで、自己肯定感、自己評価の向上を図ることである。特に成育歴を洞察思考的に扱い、支持的に関わることは、洞察思考的精神療法と共通する。一方、洞察思考的精神療法との相違点としては、質問の繰り返しによる直面化、明確化、解釈を効率的に短時間で行うこと、解釈にあたっては常にクライアントが受容可能かどうか

を考慮し、治療者からの一方向の解釈を行わないこと、症状改善のための自己洞察の程度はクライアントとの話し合いで決定し、否認や抵抗が強いテーマについては深く議論しないこと、質問の繰り返しにより、短時間で自己洞察の強化を図ることができること、転移・逆転移を話し合うことはしないことなどがあげられる。

クライアントの希望する範囲内の介入とはいえ、初回からかなり侵襲的介入が行われるため、対象選択は非常に重要であると考えるが、創始者である Grossarth-Maticek は、様々な専門性を持った各人が、それぞれの知識や経験を踏まえて、幅広い疾患に本療法を取り入れることが可能であると述べている。また、がんの心身相関に関しては否定的な見解<sup>26)</sup>もあるが、Grossarth-Maticek らは、がん Personality (変更不可能な特性、単独でがんの罹患しやすさや病気の経過を決定付ける特性) を見るのではなく、がん行動パターン (変更可能な特性、単独ではなく、他の多様な要因との相互作用によって、がんの罹患しやすさや病気の経過を決定付ける特性) を変えていく必要性を説いている。

現在まで、ドイツでの報告がほとんどではあるが、前向き介入研究を行い、多くの領域 (がん・生活習慣病・産業・スポーツ領域など) でエビデンスが蓄積されている心理療法は数少ない。本療法は、通常的心療内科診療 (安定した医師・患者関係を基本に、まずはインターク面接、診察、検査などによる情報収集⇒患者が納得する病態仮説の提示、修正、共有による「心身相関」への気づき⇒病態仮説に基づいた治療方針の決定と実行⇒治療による変化の強化、促進⇒自己コントロール感の強化) と共通する点が非常に多い。

まずは、認定トレーナーを中心に日本での臨床実績を積むところからはじめ、結果次第でランダム化試験または前向き介入研究を行っていく予定である。詳細はオートノミートレーニング研究会ホームページ (<http://autonomy-training.jp/about.html>) などを参照されたい。

#### IV. 終わりに

いずれの心理療法も、良好な治療者-クライアント関係の上に施行されてこそ、その効果を発揮するものであり、治療者は常にこのことを念頭において、全人的医療の実践に努めるべきである。また、心身症の治療の最終ゴールは患者自らのセルフコントロールにあり、そのためには心身相関への気づきを促し、認知の歪みを修正し、行動変容をもたらす必要がある。各種心理療法は心身症の治療過程の中で大きな役割を果たすが、同時に薬物療法や環境調整といった他の側面からのアプローチも駆使して、総合的に治療にあたることも重要である。今後、近畿大学心療内科、心身診療科では、小児・成人を問わず、良性から悪性疾患を有する患者へ、心身医学療法を主軸にした全人的医療を提供していく予定である。

## 文 献

- 1) Sifneos PE. (1973) : The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatics*. 22 ( 2 ), 255-262.
- 2) 池見酉次郎 (1985) : わが国における心身医学の歴史と展望 *心身医学* 125, 486-490.
- 3) 池見酉次郎 (1990) : 全人的医療の核としての心身医学・心身医学の現状と将来 *心身医学* 30, 251-260.
- 4) 社団法人日本心身医学会用語委員会編 (2009) : 心身医学用語辞典第2版 医学書院 116-117.
- 5) 佐々木雄二、笠井仁、松岡洋一 (1988) : 心身症の最近の治療方法 自律訓練法 *心身医学* 28 ( 3 ), 229-236.
- 6) Jorm AF. et al. (2004) : Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *181 (7 Suppl) : S29-46.*
- 7) Magnon C et al. (2013) : Autonomic nerve development contributes to prostate cancer progression. *Science*. July 12; 341 (6142) : 1236361. doi: 10.1126/science. 1236361.
- 8) 佐々木雄二、鈴木常元 (1991) : 心身症の治療 自律訓練法 高久文麿 (監修)、中川哲也 (編集) *心身症* 南江堂 81-86.
- 9) 松岡洋一 (2009) : 自律訓練法 久保千春 (編集) *心身医学標準テキスト第3版* 医学書院 263-269.
- 10) 杉田峰康 (2009) : 交流分析・ゲシュタルト療法 久保千春 (編集) *心身医学標準テキスト第3版* 医学書院 270-277.
- 11) 国谷誠朗 (1985) : ゲシュタルト療法 石川 中 (編集) *心身医学のすすめ* 筑摩書房 241.
- 12) Dusey JM. (1977) : *Egograms*. Harper & Row. 新里里春 (訳) (1980) : *エゴグラム* 創元社
- 13) Berne E. (1964) : *Games people play*. New York: Grove Press.
- 14) Berne E. (1970) : *What do you say about you say Hello?* New York: Grove Press. 23.
- 15) Goulding MM., Goulding RL. (1979) : *Changing lives through redecision therapy*. Bruner/Mazel. 深沢道子 (訳) (1980) : *自己実現への再決断 - TA/ゲシュタルト療法入門* 星和書店
- 16) Perls F. (1969) : *Gestalt therapy verbatim*. Real People Press.
- 17) 杉田峰康 (2000) : *新しい交流分析の実際* 創元社
- 18) 青木宏之 (2009) : 認知行動療法 久保千春 (編集) *心身医学標準テキスト第3版* 医学書院 284-290.
- 19) 井上令一 (2008) : *カプラン臨床精神医学テキスト第2版* メディカル・サイエンス・インターナショナル 1030-1031.
- 20) 小山敦子 (2008) : 心療内科における心理療法 近畿大学臨床心理センター紀要 創刊号 Vol.1 19-28
- 21) ロナルト・グロッサルト=マティチェック (2013) : *オートノミートレーニング* 星和書店 434.

- 
- 22) Eysenck HJ. (1991) : Reply to criticisms of the Grossarth-Maticek studies. *Psychological Inquiry* 2: 297-323.
  - 23) Eysenck HJ. (1993) : Prediction of cancer and coronary heart disease mortality by means of a personality inventory: results of a 15-year follow-up study. *Psychol Rep* 72: 499-516.
  - 24) ロナルト・グロッサルト＝マティチェク (2013) : オートノミートレーニング 星和書店 306.
  - 25) ロナルト・グロッサルト＝マティチェク (2013) : オートノミートレーニング 星和書店 527-531.
  - 26) Nakaya N. (2003) : Personality and the risk of cancer. *J Natl Cancer Inst* 95 : 799-805.

