

沈黙の技法：日本の精神療法の再発見

「治そうとしない」「急がせない」臨床の価値を問い直す



我々が守ってきたものは、 何だったのか？

日本の精神科臨床では長らく、「治そうとしすぎない」「急がせない」「生活を壊さない」といった態度が半ば常識として共有されてきた。しかし、それらは体系化されず、しばしば「消極的」「前近代的」と批判されてきた。

本書が問うのは、それでもなお、
日本の臨床が守ってきたものは
何だったのかという一点である。

森田療法：「あるがまま」の倫理的緊張感

The core of Morita Therapy is not simple acceptance, but the **非操作性の倫理 (ethics of non-manipulation)**.

森田療法の根本は、症状を直接的に操作しない点にある。不安を減らそうとせず、抑うつを説得で持ち上げようともしない。これは無為や放置ではなく、「症状を治療対象の中心に据えない」という明確な態度を明確な態度であり、近代医学が前提とする「制御可能性」への懐疑を含む。



支持的な精神療法： 抑制という名の積極的選択

支持的であるとは、単に共感的であることではない。それは、患者の語りを不用意に解釈せず、変化を急がせず、現実検討を一方的に押し付けないという、一連の抑制された選択の積み重ねである。その成果は症状スケールの変化ではなく、治療関係が長期に維持され、生活が破綻しないという事実にある。

支持するとは、回復を急がないことを選び、時に変化しない時間を引き受けることを意味する。それは明確な倫理的立場であり、責任を伴う選択である。

技法ではなく、時間の引き受け方

森田療法と支持的精神療法に通底するのは、特定の技法体系ではない。

日本の精神療法の核心は、技法の巧拙ではなく、**治療者がどの時間を引き受けるか**という選択にある。それは、改善や回復を前景化せず、直線的な治療目標から距離を置くことを意味する。この曖昧さこそが、症状や人生を一義的に定義しない余地を残してきた。



「慢性化を許す」ことは治療なのか？



精神医療において「慢性化」は治療の失敗と見なされてきた。しかし、症状が残存しても関係が維持される臨床は、単なる停滞ではない。「慢性化を許す」とは、放置や諦念ではない。それは、回復を急がせることによって生じうる**二次第二次的損傷**——自尊心の崩壊、治療不信、関係の断絶——を避けるための、意図的な選択である。

A lit candle with a bright flame, set against a dark, textured background. The candle is positioned on the left side of the frame, and its light illuminates the surrounding area.

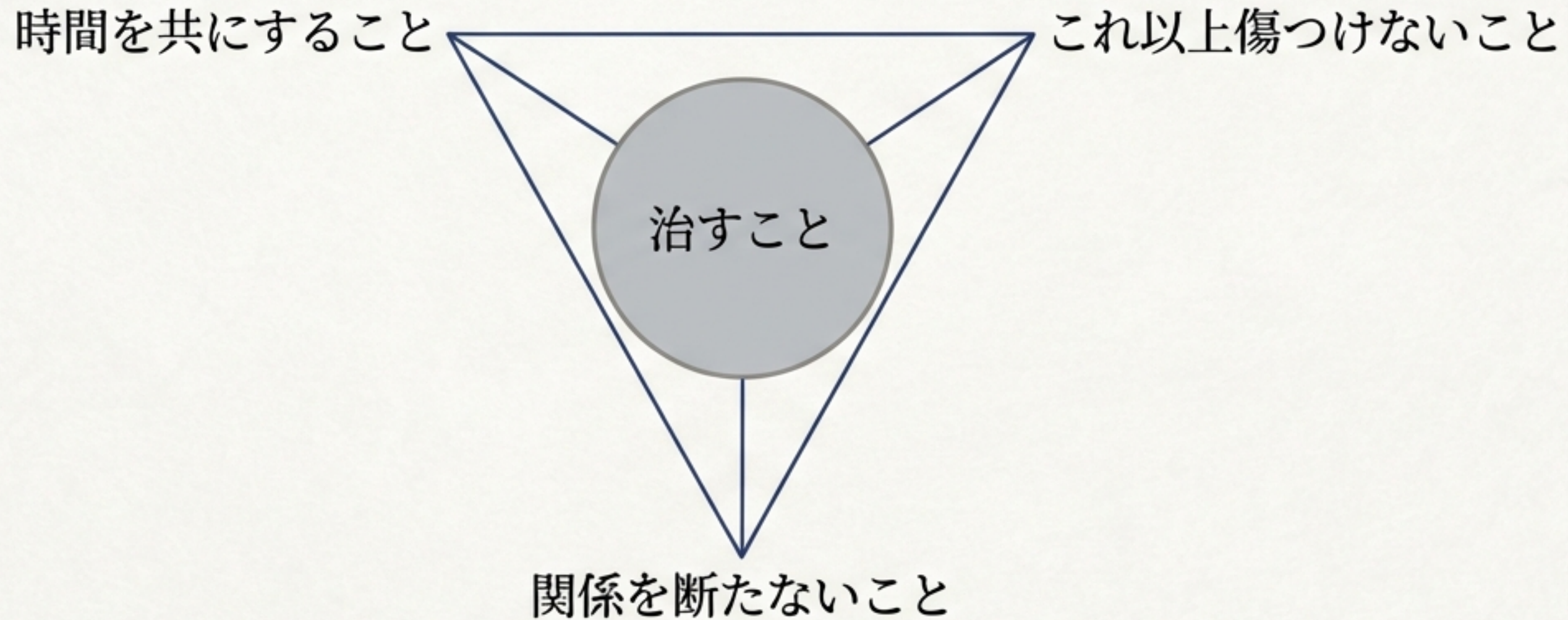
何もしないのではない。 過剰に揺さぶらない責任。

慢性期の臨床とは、二つの責任の間で引き裂かれる営みである。「もっと良くなる可能性を追求すべき」という治癒への責任と、「これ以上患者を揺さぶらない方がよい」という保護への責任。

治療者は、希望を過剰に煽らず、失望を深めないように、言葉や態度を慎重に選び続けている。これは高度に能動的な作業であり、臨床的熟練を要する。

治療の倫理を問い直す

「治すこと」が唯一の善ではなくなる。

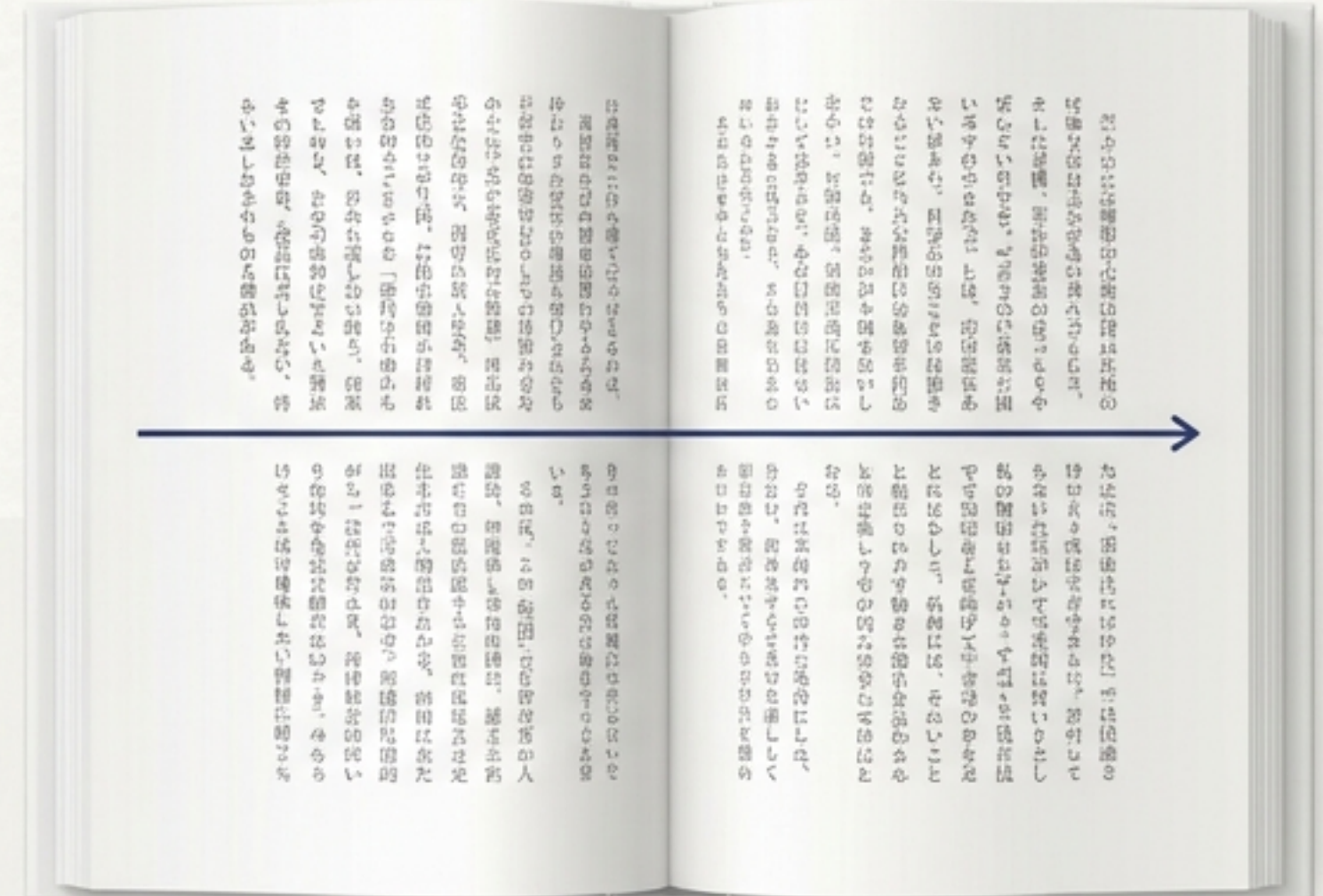


この倫理は、「**何もしない自由**」ではなく、「**あえて変えないという重い決断**」である。

回復モデルの思想：「語る主体」の要請

- 主体性の回復、意味の再構築、自己決定の尊重
- 人生を物語として再構成する能力
- 語ることが中心的な行為

回復とは、この「物語」が再び動き出すこととして理解される。その背後には、自律的主体としての個人という、欧米近代社会が育んだ特有の人間観がある。



日本的臨床との非対称性

回復モデル (Recovery Model)



日本の精神療法 (Japanese Psychotherapy)



前提: **語る主体** (The Narrating Subject)

重視: **物語の前進** (Narrative Progress)

前提: **語らなくても共にいる主体** (The Subject Who Is Present Without Narrating)

重視: **関係の持続** (Relational Continuity)

この差異は、単なる方法論の違いではなく、人間理解の水準での差である。



翻訳不可能性の価値

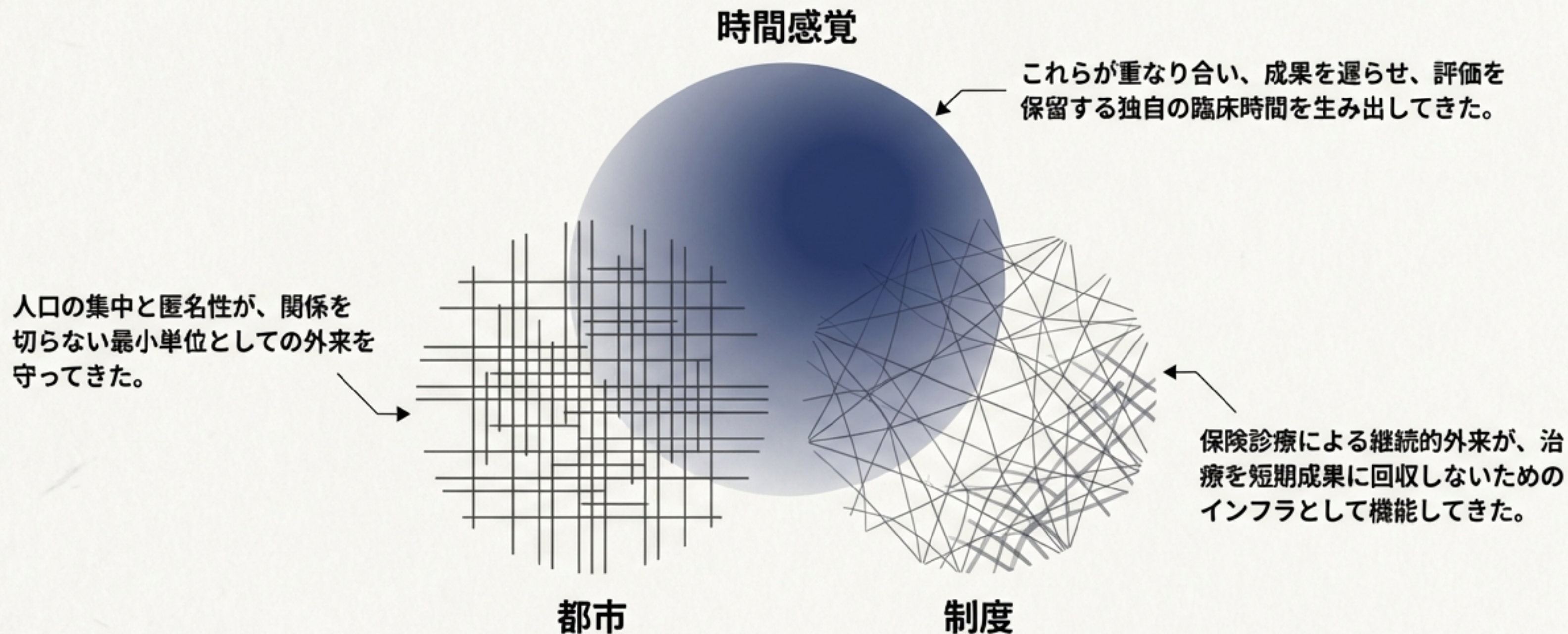
「回復」という言葉は、前進や変化を内包し、「良くならなければならない」という圧力を生む。日本の精神療法がこの言葉を前面に出さないのは、回復を語ることが持つ暴力性を臨床的に知っているからである。

どちらが正しいかを決めることではない。必要なのは、回復モデルを普遍化するのではなく、日本的臨床を特殊化するのでもない。両者を**翻訳しきれないまま併存させる**視点である。

この併存こそが、グローバル化した精神医療の中で、**日本の臨床が果たしうる独自の役割**である。

都市・制度・時間感覚

この臨床実践は、個人の選択だけでなく、その環境によって可能にされてきた。



専門家の役割の再定義



From: 導く者 (One Who Guides)

To: 待つ者へ (To One Who Waits)

専門性の核心は、未来を提示することよりも、現在に耐えることにある。

- 解釈を急がない
- 意味づけを先取りしない
- 回復の物語を完成させない

新しい専門性とは「不完全さにとどまる力」である。

回復を「速めない」社会のために



Principle 1: Don't Accelerate Recovery.

回復を急がせないこと、宙づりの状態を「失敗」や「停滞」と見なさないこと。これは倫理的に高度な選択である。



Principle 2: Institutionally Protect "Doing-Nothing Support".

成果を急がないプログラム、ゴールを明示しない居場所、「よくなること」を前提にしない関係性。支援が介入しすぎない余白を制度的に確保する。



Principle 3: Redefine Expertise.

専門家の役割を「方向づける者」から、「時間を共に引き受ける者」へと再定義する。

**「立ち止まり、戻り、遠回りし、
ときに同じ場所を回り続ける時間を、
生きてよい時間として
社会が承認できるかという問い。」**

**その問いに耐えること——それ自体が、
私たちの精神医療の成熟を測る指標なのである。**

『いわゆる「日本的療法」について』より