

心身症の治療
26. 催眠療法

飯森洋史

石塚龍夫

長谷川明弘

「心療内科」第5巻第5号 pp.336-341 別刷

2001年9月発行

科学評論社

解説

心身症の治療
催眠療法*

飯森洋史** 石塚龍夫** 長谷川明弘****

* Treatment of psychosomatic disorders hypnotherapy.

** Hirofumi IIMORI. M.D. PhD, Tatsuo ISHIZUKA. 飯森クリニック

[〒184-0002 東京都小金井市本町5-19-34 宝玉ビル101] Iimori clinic, Tokyo

*** Akihiro HASEGAWA. 東京都立大大学院都市科学研究科; Graduate School of Urban Science, Tokyo Metropolitan University, Tokyo

Key Words: hypnosis, suggestion, standard hypnotherapy,
strategic hypnotherapy, eclectic hypnotherapy

はじめに

催眠療法は催眠現象を利用した心理療法である。催眠は古代ギリシャの時代には既に治療に用いられていた最も古い心理療法である。催眠は18世紀末のメスメル Mesmer, F.A.が行ったメスメリズム mesmerism (動物磁気説)に端を発し、19世紀にイギリスのブレイド Braid, J.が言語によって催眠現象を引き起こす言語暗示法を完成させて今日の催眠療法の基本形が確立された¹⁾。また催眠は「心理療法の打ち出の小槌」とも言われ、現在知られている心理療法の多くが催眠療法を母胎にして展開されたと考えられる。例を挙げると、精神分析療法のフロイト Freud, S., 行動療法のアイゼンク Eysenk, E.J., 心理劇のモレノ Moreno, J.L., 自律訓練法のシュルツ Schultz, J.H., ゲシュタルト療法のパールズ Perls, F., 論理療法のエリス Ellis, A., 臨床動作法の成瀬悟策などである。さらに、ミルトン・エリクソン Erickson, M.H.は、従来の指示的で権威的な誘導法とは違って、クライアント一人一人に合わせた催眠誘導をする独自の催眠療法を発展させ、家族療法やブリーフセラピーをはじめとする心理療法に多大な影響を与えた。

本解説では標準的な催眠療法 (standard hypnotherapy)を中心に解説し、可能な範囲内でエリクソンの催眠療法 (strategic hypnotherapy)にも触れたいと思う。

催眠療法とは

催眠療法は催眠状態の特性を治療の場を利用して効果をもたらす心身の治療法である。因みに催眠とは日常生活ではあまりない特異な心理状態(トランス)である催眠状態を指す場合と催眠状態を引き起こす為の手段・方法である催眠法を指す場合がある。

催眠法での主役は暗示(suggestion)である。これを標準的な催眠療法の代表的な誘導法である後倒法で解説する。「後ろに倒れなさい」は明示と呼ばれ、「後ろに倒れますよ」が暗示である。明示はクライアントの意識的な努力を促し、暗示は無意識的な努力を促すと言われる。治療者が患者に「自然に後ろに倒れていきます」と動作暗示を与え、「自分の意志では倒れようとはせず、楽な気持ちで立っていなさい」「私が支えていますから倒れてきても大丈夫ですよ」と後倒暗示を与えると、被暗示性の強い患者は暗示どおりに後ろへ倒れていく。その時の気持ちを尋ねると「後ろから引っ張られたような気持ちになった」(被動感)とか「何も考えなかったが、気が付いたら自分の体が後ろへ倒れていった」(自動感)と答える。この時、暗示で示された後倒は患者にとっては「達成すべき課題」であり、確かに自分が主体的にそうやっているという自動感を抑えて被動感や自動

感という特異な努力をしたことになる。たった一回の後倒暗示で催眠状態に入る場合と同種暗示の繰り返しにより入る場合とがある。また後倒暗示だけでは催眠状態に入れなかった場合でも、イメージによる認知暗示「目の前にきれいなバラが見えるでしょう」や退行暗示「あなたはだんだん昔のあなたに戻っていきます」などが付け加えられると催眠状態に入る場合が多く、これは異種暗示の累積によって催眠されたと言われる。こうして一連の暗示が与えられるうちにだんだんと主動感が乱され被動感や自動感が優勢となり、普段の意識性や現実感覚から離れて、独特の下意識的・非現実感覚、あるいは忘我恍惚というべき心理的体験をすることになる。これを変性意識(トランス)と呼び、催眠状態になったか否かの判断基準とされている。以上がいわゆる古典的で標準的な催眠法に対する成瀬の解釈である²⁾。

これに対して、エリクソンにより創始された新しい催眠療法は、その弟子のヘイリーによって戦略的と名付けられたが、高石は日本語訳としてはストラテジー催眠療法を推奨している。さらに「催眠療法の新しい動向」と題した講演の中で、標準的催眠療法、ストラテジー催眠療法に、折衷催眠療法(eclectic hypnotherapy)を加えて現代催眠療法の三つの類型として解説した³⁾。

標準的な催眠療法の進め方

被催眠者に対して1) 解決すべき問題の明確化、2) ラポールの形成³⁾ 催眠に対する正しい理解、4) 動機付け、という各条件が整った段階で、被催眠者を「(1) リラックス状態の中で、(2) 注意を集中させ、(3) 暗示語を与える」というのが標準的誘導法の基本である。催眠誘導は以下の段階が決まった順番で行なわれる⁴⁾。

1. 準備段階 - 催眠についての誤解、不安を除くよう十分な説明を行い、自分から催眠療法を受けたいと思う気持ち(動機づけ)を持たせる。また、被催眠者との信頼関係を作ることも大切である。その上で、被暗示性テストを行う。被

催眠者の緊張状態、被暗示性の程度が把握できると共に、誘導に対する抵抗がある程度除去され、被暗示性を高めることに役立つものである。良く用いられるのが、振子テスト、後倒テスト、手の接近テストなどである。

2. 導入段階 - 安静、弛緩の手続きをとる。筋肉や関節の緊張をゆるめさせ、深呼吸などで心身の安静状態を作った上で、凝視法やメトロノーム法、深呼吸法などにより注意が集中できる状態へ持っていく(リラクゼーション)。

3. 誘導段階 - 一回ある暗示に反応すると、同一暗示には一層強く反応する(等作用被暗示性過敏)。この高進効果が汎化すると他種の暗示にも反応しやすくなる(異作用被暗示性過敏)。よって、同一暗示を何回も繰り返したり、他種の暗示を次々に与えたりしながら被暗示性を徐々に高進させ、同時に意識性を変化させていく。後倒法、手の拳上法、手の開閉法などを用いる。

4. 深化段階 - 被暗示性を一層高進させるとともに、特殊な暗示反応をさせることによって催眠状態を確立し、さらにトランス状態を深めていく。そのために運動催眠、知覚催眠、記憶催眠などのような諸種の暗示を、反応しやすいものから段階を追って次々と与えていく。

5. 催眠段階 - これまで深化してきた被催眠者の催眠の深度に応じて、治療暗示(直接暗示、間接暗示)を与えたり、各種心理療法を施行(折衷催眠療法)したりする。

6. 解催眠段階 - 被催眠者を催眠状態から元の正常な覚醒状態へと戻していく。今まで与えた禁止暗示などは取り除き、覚醒後、不快感やその他の不要な残効を生じさせないようにするが、覚醒後も効果が残る治療暗示を与える後催眠暗示法を行なうこともある。

実際の催眠療法においては、被暗示性テストからそのまま深化につなげる場合もあり、各手続きが厳密に区別されるものでもない。催眠誘導技法は基礎的な知識を学び、実際に練習をつむことにより誰にでも習得できるものであるが、巧みに誘導していく為には、ある種のコツ

のようなものが必要となってくる⁵⁾。

症例

〔症例1〕40歳、女性、主婦。

主訴：過換気発作、広場恐怖、うつ症状、**現病歴：**19歳で初めて過換気発作が起こったが薬物療法により一時寛解した。その後も時々発作は起こっていたが、28歳で結婚後、発作は一時消失した。29歳で離婚後、再発し、広場恐怖、うつ症状も加わり精神科通院を続けた。昨年(39歳)からはうつ症状が強くなり過換気発作が家庭でも頻発するようになったため、本人の希望により心療内科へ転科となった。薬物療法のみではコントロール不良のため催眠療法の適応が考えられ、当クリニックへ転院となった。**生活歴：**高校卒業後、商社へ入社した。28歳で結婚したが、1年後には離婚し昼夜働くという生活が続いた。35歳で再婚して長男を出産したが、次第に子育てのストレスが溜まるようになった。夫が長期出張になると、子供を自分だけで保育園へ送り迎えすることが苦痛になり、発作が頻発し始めて寝込むようになった。自分の症状に対して夫や実家の父親が無理解だという不満が大きい、同時に自責の念にも駆られるようになった。**治療経過：**初回時、催眠で意識を消失するのではないかとの不安を持っていたので、催眠状態についての説明を十分に行った。指による被暗示性テストを施行したところ、高い被暗示性が認められた。過換気発作の症状改善には呼吸法が重要なので、腹式呼吸法のトレーニングを兼ねた呼吸法で導入を開始し、次に心身のリラックス暗示による誘導を行った。そして“ 瞼が閉じて開かない ” という閉瞼暗示で浅催眠状態に誘導した上で、再度リラックス暗示でもう少し深化させ、最後に治療の暗示を与えた。治療暗示は、主訴が“ 過換気発作で電車に乗れない ” という事だったので、1) いつでも落ち着いてゆっくりと呼吸ができる、2) 楽な気持ちで電車に乗れる、3) “ 大丈夫 ” と心の中で繰り返すと自然に落ち着くと直接暗示を与えた。間接暗示としては、“ 自分を責めな

い ” とした。2回目も同じように施行したが、それ以降、電車以外では過換気発作が消失し、電車でも発作が軽くなった。発作を起しそうになると「先生の声が聞こえる気がする。」と、呼吸をコントロールしようと努力するようになった。その後、同じように数回の催眠療法を行い、現在は軽い精神安定剤だけで症状は寛解している。**考察：**このケースでは、誘導した催眠状態はそれほど深くなかったのに、これだけの効果が上がったのは、症状に患者自身の自己暗示的要素が強かったためだと思われる。催眠療法は、催眠状態が深いほど効果が出ると考えがちであるが、臨床においては深度と効果は比例しないことも多い。よって催眠状態を深くしようとするよりも、誘導前に行う説明において、催眠に対する不安・抵抗を払拭し、“ 催眠療法は効果がある ” と思わせることの方が重要である。心身症においては大なり小なり自己暗示的要素が見られるので、催眠療法を併用すると思いがけない効果を得られることも多々あると考えられた。

催眠療法の心療内科での適用について

ここ半世紀にわたって催眠を測定しうる対象として諸外国では実験研究が熱心に行われてきた。実験重視の研究では誘導に統制を要するので誘導は公式的である必要があり、標準的催眠療法がその役割を担ってきた。更に、その技法は習得が簡単で、しかも著しい効果が得られることもあるので、今でも催眠療法の中心的な位置を占めている。特に複雑な心理的関与の少ない狭義の心身症では有効で、疼痛や自律神経失調症状などの生理的症状のコントロールに関しては他の心理療法の追随を許さないとまで言われている。標準的催眠療法においては、一般的に症状除去暗示が用いられるが、症状が特に防衛の意味も持たない単純なものである場合は効果的である。例えば、習慣性の異常行動としての夜尿、偏食等や赤面恐怖、吃音、不眠、また自律神経機能と関連の強い精神身体的症状としての頭痛、気管支喘息、高血圧、頻尿等が挙げられる。治療暗示の与え方としては、**直接暗示** (direct suggestion) と**間接暗示** (indirect suggestion) がある。直接暗示は、症状が

望ましい方向へ変容するというように、症状そのものに対する暗示を、間接暗示は、症状の原因となっている心理面に対する暗示を与える。怒りの感情の抑圧から頭痛が起きている場合、“頭が軽くなっていく”が直接暗示であり、“気持ちが穏やかになり、腹が立たなくなっていく”というような暗示が間接暗示である。しかし、直接暗示による急激な症状除去は、症状を現すことで曲がりなりに保たれていた情緒や行動体制のバランスを不安定にさせ、急性の情緒不安定や行動異常を引き起こす場合もあるので、心理面での検討を充分に行なった上での暗示の処方や間接暗示を併用することが望ましい。

また、暗示の内容から肯定的暗示と否定的暗示という分類の仕方もある。このような治療暗示は通常トランス下で行なわれるが、トランス状態では心身の弛緩、安静により交感神経系の緊張がていかし、相対的に副交感神経機能が優位な状態、即ちトロトロピック(trophotropic)な状態となり、心身のストレスによる過緊張のアンバランス状態からバランス回復の方向へのエネルギー解放が自然発生的に起こり自然と自己治癒力が促進、強化される為、催眠状態に入るだけでも治療効果があると考えられている⁵⁾。

しかしながら、このような標準的催眠療法では神経症レベルの患者からは抵抗にあう場合が多い。他の心理療法に催眠を付け加える催眠分析療法、催眠行動療法そして催眠行動医学などの**折衷催眠療法**を適用すると、神経症レベルの症例に対しても効果が上がる場合があるとされている³⁾。この催眠下での心理療法は、技法的には覚醒状態のそれと変わるものではないが、催眠の特性を適切に利用することで心理療法の効果を高めることが期待できる。例えば催眠分析療法においては、自由連想を妨げる無意識的な抑圧からの抵抗を軽減でき、連想がスムーズに行われるようになる。その他に、保証、説得、再教育、カタルシス、系統的脱感作、メンタル・リハーサル、再条件づけ、なども催眠下で付け加えられるよく用いられる技法である⁴⁾。さらに**ストラテジー催眠療法**では、治療者は患者の様々な特徴をそのまま受け入れ、許容的にクライアント中心的に振る舞い、また意識にキャッチされないようなメタファーやシンボ

ルを含めた間接法を用いるため、誘導に対する患者からの抵抗を巧みに排除できると考えられる。標準催眠がリラックスと症状除去に終始するのに対して、ストラテジー催眠療法では症状にむしろアクセスしてその上で患者自身の持つ、自立性とか自己効力感といった内的能力を発揮できるように誘導するので、標準催眠にみられた依存的治療関係を防ぐことができると考えられる³⁾。

標準的催眠療法とエリクソンの催眠療法

これまで述べたように標準的催眠療法では、催眠下で行なうことができる治療技法は催眠の深度に依存すると考えており、その深度も、与える暗示(課題)をどれだけ達成できたかにより判断していく。よって催眠誘導は一定の法則に基づき、達成しやすい暗示からより難しいものへと系統的に与えながら行われる。これに対しエリクソンは、催眠誘導に対する反応は深度という系統的なものとは考えず、その個人の個性の差によるものと考えた。「治療場面で、その人が何をしてもそれを利用する」とする利用アプローチを例にとって説明しよう。

例えば後倒暗示の例で示すと、標準的催眠療法で「後ろに倒れていきます」と暗示したが、エリクソンの催眠療法では「後ろに倒れることもできるでしょう」「私には分かりませんが、あなたは自分の体を後ろへ倒そうとしているのかもしれない」と話し、相手の意志を尊重した許容語を使い、コントロールされることに対する患者の抵抗を回避しようとするのである。

抵抗を避ける二つ目の方法は選択肢や可能性を与えることである。例えばトランスに入る方法を催眠者に決めてもらう。「あなたは目を開けたままでもトランスに入れますし目を閉じても入れます」「あちらの椅子に座ってあなたはトランスに入りたいのでしょうか。それとも他の椅子が良いのでしょうか」と選択肢を与える方法がある⁶⁾。

【**症例2**】夜尿症は、催眠療法がかなり効果的な症例である。ここでは同じ症例に対して、標準的催眠療法とエリクソンの催眠療法を挙げ

て比較する。

標準的催眠療法では、夜尿症は慢性的な日頃の緊張があり、それが膀胱の筋肉の柔軟性を失わせ、尿が溜まってきた時に膀胱が拡張し尿を十分に溜めるといことができず、朝までもたないという状態と、また、熟睡するために膀胱に尿が十分溜まったことを感知できずに放尿してしまうという状態があると考え。よって、治療においては、膀胱の筋肉を柔軟にすることと、尿が溜まったことを感じ取れるようにすることを行う。まず中等度ぐらいの催眠状態に誘導したところで、“～の力が抜けてゆったりとする”といった暗示を、身体各部を対象として与え、全身の筋肉をリラックスさせる。そして腹部に手を当て、“お腹が温かくなってくると膀胱が柔らかくなり、風船のように膨らんでオシッコを十分に溜めることができるようになってくる”と膀胱の筋肉が柔軟になるように暗示を与える。その後、尿意を感じ取れるように条件付けを行う。まず催眠状態を深化させ、半睡眠状態に誘導する。“今、ぐっすり眠っています。どんなに深く眠っていても、オシッコが一杯まで溜まってしまうと合図が来ます。さあだんだん膀胱にオシッコが溜まってきました。三つ数えると、お腹が押される感じがしてぱっと目が醒めます。一つ、二つ、三つ。はい、目が醒めます。”できたら実際にトレイにいて放尿させる条件付けも行う。“目が醒めたら、起き上がってトイレに行ってオシッコをします。オシッコが終わるとまたここに帰り、再び深い眠りに入っていきます。はい、オシッコに行ってください。”戻ってきたら、“再び深く眠ります。あなたはこのように膀胱が風船のように膨らんでオシッコをたくさん溜められるようになってきます。それでも一杯になると、どんなに深く眠っていても独りでにぱっと目が醒め、おトイレに行けます。だから安心して眠ります。”このような条件付けを催眠下で何回か行くと、途中で覚醒せず朝まで持つようになるケースが多いことから、無意識的な心身の緊張状態がこの症状の原因として大きいのではないかと

と考えられた。標準的催眠療法は、このように催眠下で症状を改善するための暗示を与えるといったいわば直接的に働きかけていくような感じであるのに対し、エリクソンの催眠療法では次のようなアプローチを行う。

彼の弟子のオハンロンはエリクソンの催眠療法をさらに理解するために、解決志向催眠モデルを提唱した。これは標準的催眠療法のように解決に必要な技術や能力をクライアントに新たに学習させたり教え込んだりするものではなく、既に備えている能力や内的資源を喚起し、解決に導いていくという立場である。「人は自分が直面している問題を解決するエキスパートである (O'Hanlon1989)」という見方があり、解決する力を外部に求めず、クライアントの中に見出していくのである。

クライアントに催眠を適用することを決め、催眠に導入したとする。では、次に治療者はどんな介入をすれば良いのだろうか。エリクソンの治療をみると、ある夜尿のケースに対して腕浮揚を行うこともあれば、別の夜尿のケースに対しては野球やアーチェリーの話を始めこともある。クライアントの問題に対して何らかの介入を行い、解決に必要な能力や資質を喚起し、それを問題の存在する文脈に転移させていくこと、これが解決志向催眠の一連の手続きである。解決志向催眠では催眠がどのような症例に適しているかということに対して明確な基準がある。即ち、それは「随意的な問題か不随意的な問題か」という基準である。クライアントが「その問題を意識的に起こせるのか起こせないのか」という点を治療者は判断し、クライアントが自ら意図して引き起こせない類の問題に対して催眠を用いるのである。

オハンロンは例えばこの夜尿と腕浮揚との関係性を明確化して、「問題のクラス・解決のクラス」というモデルで説明している。即ち、夜尿という症状を一般化すると「筋肉のコントロールの欠如」と言い換えることができる。つまり、膀胱という筋肉を自動的にコントロールできなかつたためにおねしょをしてしまったので

ある。従って、夜尿の問題クラスは「筋肉のコントロールの欠如」となり、解決のクラスには「筋肉の自動的なコントロール」となる。解決のクラスを考えると、その患者の背景にある体験のパターンも同時に考えていく。その人が日常生活でどのように筋肉を自動的にコントロールしているかを探していく。エリクソンの催眠療法には夜尿を問題としてきた少年にその症状にはまったく触れずに催眠下で野球の話だけをして治療したケースがあり、この事例で少年のおねしょは止まったという(O' Hanlon et al. 1992)。このように相手が興味を持っていることについて話をしながら筋肉を自動的にコントロールする体験を喚起していくのがエリクソンの催眠療法である。又、催眠でよく用いられる腕浮揚という催眠現象は筋肉を自動的にコントロールしたから腕が上がったのであり、腕を自動的にあげる能力を本人が備えていたと考えられ、腕浮揚だけでおねしょが止まるメカニズムが説明できる⁷⁾。

おわりに

催眠法は以上で解説したように心身症の治療に対してかなりの効果が期待できると考えられるのに何故か諸外国に較べ日本においては不当に評価が低いのは残念である。たとえ催眠法そのものを用いなくとも、臨床家は催眠法を知っていると患者との面接の際に治療に有効な暗示を使用しやすく便利である。ところが現実には逆に催眠誘導の経験が一度もなく、自律訓練法、臨床動作法、ブリーフセラピー等の心理療法を施行している治療者が増えてきた現状はどうかと思う。心身症という病態の治療には不随意的な問題を多く取り扱う必要があるので、患者が自らの意志だけではコントロールできないような問題を抱え込んでいる場合、その援助技法である催眠療法が有用であることは明らかである。催眠法を学ぶには自らが催眠を体験するのが近道と考えられるが、以下の団体では定期的に研修会を行っている。

- ・ 日本催眠医学心理学会：〒112-0012東京都文京区大塚3丁目29番1号 筑波大学
教育研究科笠井研究室気付 日本催眠医学心理学会事務局TEL&FAX；03-3942-6848
- ・ 日本催眠学会：〒113-0022 東京都文京区千駄木1-1-5 日本医科大学精神医学
教室内 日本催眠学会事務局TEL；03-3822-2131(内6789) FAX；03-5685-3078
- ・ 日本臨床催眠医学研究会：〒168-0082東京都杉並区久我山2-4-15
ヒューマンクリニカ内事務局 TEL&FAX
03-3332-6783

文 献

- 1) 藤原勝紀：催眠療法、暗示療法.心理臨床大辞典.培風館,東京,1992, p.322.
- 2) 成瀬悟策：催眠の現象と特性.催眠療法.現代のエスプリ 297,至文堂,東京,1992/4,p.45.
- 3) 高石昇：催眠療法の新しい動向.催眠学研究 .43(2):33,1998.
- 4) ジェフリー・K・ゼイク(1964), 窪田文子, 宮田敬一訳,ミルトン・エリクソンの催眠誘導(ビデオ解説書), 亀田ブックサービス, 新潟 1995,p3.
- 5) 石塚龍夫：催眠法.医療心理のための心身医学-(桂戴作編).医薬ジャーナル社.東京 .1991.p.219.
- 6) O' Hanlon, W.H.& Martin. M : SOLUTION-ORIENTED HYPNOSIS, ,W.W. Norton, New York,1992〔宮田敬一・監訳 津川秀夫 訳：ミルトン・エリクソンの催眠療法入門, 金剛出版,東京,2001,p.18〕
- 7) 津川秀夫：エリクソンを学ぶ.催眠学研究 .39(2):21,1994.