

## 聖書を土台とした 実践的カウンセリング・ミニストリーの考察

李 光雨

### I. 問題提示

2008年6月に警察庁が発表した統計<sup>1</sup>によれば、2007年度の日本全国の自殺者数は33,093人となり、10年連続で30,000人を超えた。その内、6,060人（18.3%）が、いわゆる“うつ病”と呼ばれる「精神障害」が原因で自殺していると計上されているが、厚生労働省の特別研究班が行った別の自殺者に関する心理学的剖検調査（平成18年～19年）によれば<sup>2</sup>、自殺者の40%がうつ病に罹っていたと推計されている<sup>3</sup>。大企業の74%以上に精神障害による一ヶ月以上の休業者がいる<sup>4</sup>という現状の中で、危機管理の側面から多くの大企業が「社員のうつ対策プログラム」の策定に乗り出しており、さらには、10～20代の女性の間で多く見られるパニック障害への対応に苦慮している教育現場の実情や、多発する“通り魔事件”の背景にある「人格障害」などの

問題などを見ると、「心の健康」への緊急の対応が近年の日本社会における重要なテーマとなっていることは明白である。それはまさに、日本社会を覆う深く暗い翳であるということができる。

しかし、このような「束縛されたライフ・スタイル」に苦しむ人々が溢れている現代社会は、一方で、福音伝道の大いなる好機とも考えられる。もし教会が、神の導きの下にこのような「束縛の力」を打ち破る専門的な知識と実践的プログラムをもつことができるならば、世の多くの人々が教会へと関心を持ち、彼らを効果的に「神の国」へと導き入れることができるはずである。日本に建てられている神の教会は、今、大いなる収穫を目の前にしているのである。

本論文においては、教会が上記のような神の召命に応えるための一助となることを目指して、筆者とそのチームが15年にわたり取り組んできた「聖書を土台としたカウンセリング・ミニストリー」の理論と実践を考察し、以下のような問い合わせに答えを見出すことを目的とする。

- A. 現代日本社会に蔓延している様々な「束縛されたライフ・スタイル」を引き起こしている真の原因は何か。
- B. 教会が世に向けて発信することのできる効果的なカウンセリング・ミニストリーのモデルはどのようなものであるのか。

### II. 取り扱うべき「真のテーマ」

#### A. 「精神障害」という概念

米国精神医学会の診断・統計マニュアル（DSM）は、現在、いわゆる「精神障害（Mental Disorders）」を17のサブ・カテゴリーに分類している<sup>5</sup>。そ

<sup>1</sup> 警察庁生活安全局地域課『平成20年度中における自殺の概要資料』2008年6月  
<sup>2</sup> 平成18年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書  
心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究：症例・対照研究による自殺関連要因の分析  
<sup>3</sup> 上記の報告書によれば、先行する調査で最高で80%という結果もある。  
<sup>4</sup> 財団法人社会経済生産性本部 メンタルヘルス研究所、「『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート」、2006

<sup>5</sup> アメリカ精神医学会の『精神疾患の診断・統計マニュアル：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders』。精神疾患の診断基準としては最も権威あるものとして、世界中の精神医療の現場で用いられている。最新版は『DSM-IV-TR』。

して、この「障害：disorder」という精神医学の用語こそが、現在の最先端の科学が「心の問題」をどのように捉えているかを最も端的に示す概念なのである。

上記のDSMは、1980年の第3版において、それまで広く受け入れられてきた「神経症＝ノイローゼ（neurosis）」という用語を抹消した。従来の神経症の診断項目は各症状群別に分類されるようになり、気分障害、不安障害、身体表現性障害、解離性障害など「～障害（disorder）」という呼称をもって表現されるようになった。このような診断名の変更は、米国精神医学界の主流が、精神疾患を「生物医学的に治療できる器質的疾病」として捉えるようになったことの現れである。その背景には、大脳生理学を基盤とした脳の器質的研究が急速に進歩して、精神疾患の状態の中にある人間の脳の仕組みについての理解が飛躍的に深まったという「科学の進歩」が存在する。その科学的実証研究を土台として、例えば、従来の神経症論の中核的テーマであった「不安を核とする身体・精神的な諸症状」などを、「不安に関わる脳内伝達物質の異常分泌（＝障害：disorder）が引き起こす」と解釈するのである<sup>6</sup>。このような精神医学の流れは「生物学的精神医学」と呼ばれ、現代の精神医学界では主流的な考え方となってきている。

このような「生物学的精神医学」の潮流は、19世紀に始まった身体主義

<sup>6</sup> 人間の脳の機能が心に及ぼす影響の基本的な仕組みについては、大脳皮質に数百億個以上あると推計されている神経細胞が、お互いに情報を伝達する際に放出受容される、神経伝達物質の働きが注目されている。このような神経伝達物質のうち、現在までに、「不安」に関わると見られている10種類ほどの化学物質が見つかっている。これらの物質は、人間が危機的な状況（過度のストレスなど）の中にあるときに、脳内で分泌が急速に増加することがわかっており、その結果、脳内に自然に存在するGABAと呼ばれる、神経細胞の活動を抑える伝達物質の働きが抑制され、神経細胞が興奮状態を維持するようになる。このような神経の興奮状態が続くと、脳の視床下部、青斑核、扁桃核などの「不安や情動（体の症状を伴う感情の動き）」をつかさどる部分に、ノルアドレナリンという化学物質の放出が見られるようになる。このノルアドレナリンは、現在、脳内の最も代表的な「不安誘発物質」の一つと考えられており、その過剰分泌が一定期間継続することにより、不安・緊張状態が固定して、様々な身体・心理症状が表出すると考えられている。

的精神医学への、21世紀的な回帰と言う事ができる<sup>7</sup>。その中心には、「物事には全て合理的に実証できる事実があり、それを解明し対処すれば全ての事象をコントロールすることができる」という科学的認識論が存在し、それは啓蒙主義を土台とした近代合理主義の思想に基づいている。この思想が19世紀に「精神医学」と言う新しい医学分野を生み出し、21世紀の現代においては、脳科学によって脳内の神経伝達物質の仕組みを解明し、その機能障害を薬物によって科学的にコントロールすることを「精神障害（心の病）の治療」と考える生物学的精神医学の中に、その思想を継承しているのである。それはまさに、自然科学によって人間存在の深みを理解しようとする、「近代西洋的世界観」の発露と言えるであろう。しかし筆者は、いわゆる「精神障害」と分類される様々な身体・心理症状の大部分が、脳機能の何らかの障害によって引き起こされている器質的疾病であるという生物学的精神医学の成因論には、100%の同意をすることができない。もちろん、それらの身体・心理症状と脳内神経伝達物質の分泌異常などの因果関係における科学的事実は認めるとしても、それが、根本原因であるとは思えないのである。

## B. 「眞のテーマ」は何か

### I. 「魂の束縛」

<sup>7</sup> 19世紀ドイツの代表的な精神医学者であるグリーゼンガー（Wilhelm Griesinger, 1817-1868）は、「精神病は脳病である」といって、精神障害の原因が身体の障害であることを強調した。彼の主張は、精神病を哲学的（形而上学的）思弁から切り離して、自然科学的合理主義の下で医学の対象とすることを意図しており、近代精神医学の幕開けともいえるものである。その土台には、17世紀後半から18世紀にかけてヨーロッパで主流となっていた「啓蒙主義思想」の影響が色濃くあると考えられる。彼は、「精神疾患は脳疾患に由来するものであるから、その解明は脳病理学の進歩に待つほかはない。それまでは、ただ症状の共通性や特長によって症状群を区別するにとどめるべきである」と言って、記述精神医学の発展に力を注いだ。それから約200年後の21世紀に、脳科学を基礎とした生物学的精神医学が主流になりつつあることは、「科学的身体主義」が常に精神医学の中心思想であったという事実を示している。

組織神学的解釈においては、人間存在の構成を肉体（物質的存在）と精神（非物質的存在）の二つに分けて捉える「二分論（dichotomist）」と、非物質的な部分を、さらに靈魂と精神（心）に分けて捉える「三分論（trichotomist）」が存在する<sup>8</sup>。その詳しい議論の内容について、本論文で詳細を検討することは割愛するが、筆者は、新約聖書テサロニケ人への手紙第一 5章23節やヘブル人への手紙4章12節などが、人間存在の非物質的部分を *πνεῦμα*（pneuma）、*ψυχή*（psuche）と別々に表現していることなどから、前者を魂（靈）として、人間存在の根源的部分と捉え、後者を心（精神）として、人間の精神活動、すなわち知識、感情、意思などを司る部分と捉える。そして、上記聖書引用箇所で、人間の物質的部分を表す言葉である *σῶμα*（soma）を「体」と捉える事が適當と判断している<sup>9</sup>。

19世紀のヨーロッパで生まれた身体主義的精神医学を源流とする今世紀の生物学的精神医学は、人間がとらわれる様々な身体・心理症状を、「大脳の機能障害」すなわち「体の問題」と捉え、薬物投与によってそれを治療しようと試みる。また、フロイト以来の精神分析（力動精神医学）の世界観では、それらの症状は「心の問題」であると捉え、無意識下における内的欲動やトラウマなどの精神力動を人間自らが適正に処理することによって、「心の癒し」をもたらすことができると説く。しかし、筆者は、人間の心と体に現われる様々な身体・心理症状や、それによって引き起こされてゆく日常生活の「苦しみ」や「生き難さ」を、神経症でも精神障害でもなく、「束縛されたライフ・スタイル」と表現する。そして、取り扱うべき真のテーマは、神から引き離された「魂（靈）」の不健全な状態が生み出す「存在不安」にあると考えている。すなわち、心や体ではなく、「魂の問題」が中心テーマであると理解しているのである。

<sup>8</sup> シーセン、ヘンリー『組織神学』、島田福安訳、いのちのことば社、1986、370-375頁

<sup>9</sup> 日本聖書刊行会発行の『新改訳聖書』では、*πνεῦμα*（pneuma）を「靈」、*ψυχή*（psuche）を「たましい」と訳している。しかし、現代の日本語表現においては「靈」と「たましい（魂）」の意味的違いはそれ程明確ではないと考え、前者を「靈（靈）」、後者を「心（精神）」と捉えることが適當と判断する。

## 2. 日本社会を覆う「存在不安」の翳

不安は、人間の行動原理の最も大きな要因である。その根源は、創造主である神から離反した人間が持つ、拭い去れない魂の不安、すなわち「存在不安」である。アダムとエバが神の命に背いて、その完全な保護の下から離れた時から<sup>10</sup>、我々人間は、神との完全な交わりのみがもたらすことのできる「存在の確かさ」を喪失して生きている。そこに、存在不安の原初的発生があり、どのような人間もその定めから逃れることはできない<sup>11</sup>。その存在不安を覆い隠そうとする日々の営みとその挫折が、防衛的過剰反応を生み出し、人間の心と体を神経症・精神障害の世界へと閉じ込め、そのライフ・スタイルを束縛してゆくのである。そこに、現代日本社会に生きる人々の持つ「心の問題（と呼ばれるもの）」の核心がある。

第二次世界大戦での徹底的な敗北によって日本人の存在基盤は激しく揺るがされ危機に陥ったが、その後の戦後復興期・高度成長期を通して、人々は冷戦構造下資本主義陣営の経済大国という新たなアイデンティティー<sup>12</sup>を手にした。しかし、「失われた10年」と称される、バブル経済が崩壊した90年代初頭以降の深刻な長期経済不況の中で、その日本社会の新しいアイデンティティーは、完全に崩壊してしまった。そして、その崩壊を乗り切ろうとする国家的な葛藤の中で、戦後の経済的安定の中で築き上げてきた社会的均衡が崩されて、いわゆる「格差」が産み出され、“下流社会”<sup>13</sup>へと追いやられた多くの人々の怨嗟の声が社会に満ちているのである。

今、日本社会とそれに属する人々は、それまで享受してきた「経済大国と

<sup>10</sup> 創世記3章

<sup>11</sup> ローマ人への手紙5：12-14

<sup>12</sup> identity：エリクソン（Erikson, E.H.）が提唱したアイデンティティー論から派生して一般的になった心理学用語。「自己同一性」とも呼ばれる。本来は、乳幼児から親子、家族集団、さらに社会的・歴史的集団の中で成長し適応してゆく段階で、人間がそれぞれの集団の持つ歴史的・文化的役割を達成しつつ自己実現してゆく中で得られる「～としての自分」という実感のことをさす。すなわち、「これが自分だ」と確信できる自己像であるとも表現できる。

<sup>13</sup> 三浦展『下流社会』、光文社新書、2005

しての日本（人）」と言う存在基盤を喪失して、深刻な「アイデンティティー・クライシス：自己同一性の危機」を体験している<sup>14</sup>。そして、その危機を乗り越えるための「新しい自己像」を、未だ見出すことができずにいるのである。このような存在基盤の崩壊とその回復の遅れは、この社会に生きる人々から将来への希望を奪い去り、ティリッヒが主張するところの「空虚と無意味の不安」<sup>15</sup>をかきたて、抑うつ的な自己罪責感の世界に人々を閉じ込めている。近年の自殺率の高さは、その端的な現われなのである<sup>16</sup>。

このように、現代日本社会とそこに生きる人々を覆っているものは、「存在の確かさ」を手に入れるための営みに挫折した個人、集団、民族、そして国家が、存在の深みに植付けられた根源的な不安を拭い去ろうとして陥っている、「過剰反応の悪循環」であると言うことができる。それはまさに、存在不安に苛まれた人間が囚われてゆく、「魂の束縛」そのものなのである。その実相をさらに明確にするために、現在、日本社会の若年層の間に急速に広がっている典型的な「束縛されたライフ・スタイル」のひとつを取り上げて、詳しく考察してゆく。さらに、筆者とそのチームが15年にわたり取り組んできた「聖書を土台としたカウンセリング・ミニストリー」が、そのような「束縛されたライフ・スタイル」に対してどのような対応を実践しているのかを紹介してゆく。

<sup>14</sup> 個人の日常生活のレベルでは、経済不況下の失業の蔓延や就職難による若年層の「フリーター化・派遣社員化=将来的希望の喪失」などによって、人々が社会生活者としての確固たるアイデンティティーを持つことが難しい社会状況が生み出され、社会全体に「抑うつ感」とその裏返しである「破壊的他者攻撃」が拡がっていると言う事ができる。

<sup>15</sup> パウル・ティリッヒは、人間存在を危機に陥れる三つの不安として、「運命と死の不安」「無意味の不安」「罪責と断罪の不安」を指摘した。その第二の「無意味の不安」は、「空虚と無意味の不安」とも呼ばれるものであり、全ての物にふさわしい意味を感じられなくなり、関心を失うことからくる不安で、それが高じると精神的中心が崩壊して無意味の深淵に追いやられる「空虚」の状態に陥る、と説明している。

<sup>16</sup> 池田一夫・伊藤弘一「日本における自殺の精密分析」（『東京都立衛生研究所年報50巻』、1999、337-344頁）。経済不況と自殺率の増加に相関関係があることが調査されている。

### III. 現代日本社会を覆う「束縛されたライフ・スタイル」の実相

#### A. パニック障害という「束縛されたライフ・スタイル」の現実

##### I. コモン・ディジーズ

朝日新聞が発行している週刊誌『アエラ』の記事によると<sup>17</sup>、2005年6月、大阪府の追手門学院高校の2年生の修学旅行中に「集団過呼吸騒ぎ」が起こった。消灯時間を過ぎても騒いでいる生徒たちを指導するため、教師たちが生徒側の責任者を強く叱りつけたところ、そのうちの数人が「過呼吸発作」と呼ばれる急性のストレス反応を起こし、さらにその様子を見ていた他の生徒たちの間にも次々と同様の反応が引き起こされ、結局30人ほどが連鎖的にさまざまなストレス反応を起こしたそうである。この、過呼吸発作と呼ばれるストレス反応は、不安や緊張による精神的要因や肉体疲労が、自律神経や呼吸中枢に影響して呼吸が極端に速くなると考えられている不安発作の一つで、パニック障害の随伴症状の一つとして頻繁に見られるものである。このように、いま10~20代の若者の間では、ストレスを強く感じる様々な状況に晒されると、この過呼吸を起こす人が増えており、「ナイーブな若者像の象徴とも考えられている」と記事は述べている。

このような「過呼吸発作」以外にも、電車、バス、地下鉄、飛行機などの乗り物に乗れない、劇場や銀行のATM、マーケットのレジ、美容院や歯医者など、特定の状況になることが怖くてできないという、パニック障害に特徴的な「回避行動」に囚われている人々が、若年層を中心とした現代日本社会に、今、急速に増加しているといわれている。芸能人やスポーツ選手、著名人の中にも、自分が、このような過呼吸発作や回避行動を伴うパニック障害であることを「カミング・アウト」する人たちが現れてきている。

このようなパニック障害の日本人の生涯有病率<sup>18</sup>は、3%前後と推計され

<sup>17</sup> 『朝日新聞 Weekly AERA』、2005.11.14、34頁

<sup>18</sup> ある調査時点で、現在または過去にその病気に罹患している人の比率。

ている<sup>19</sup>。つまり、100人いれば、最大3人のパニック障害の人がいると考えてよいということである。また、プライマリー・ケアー医療<sup>20</sup>の現場では、全症例の3～8%がパニック障害と診断されているという報告もある<sup>21</sup>。少なくとも100人に1人程度の比率で認められる病気を「コモン・ディジーズ＝一般的な病気」と呼ぶが、疫学的視点から見ても、パニック障害は、現代日本に生きる我々の身近にある「コモン・ディジーズ」といえるのである。

## 2. パニック障害の実例

パニック障害という「束縛されたライフ・スタイル」の実相をさらに深く理解するために、まず、筆者が実際にミニストリーで取り扱ったケースから、典型的な症状の実例（いくつかのケースをまとめたもの）を紹介する。

クリスチャンであるA氏は、20代の女性会社員である。大学を卒業後、東京の大企業に入社して5年目になり、会社で重要なプロジェクトの責任あるポジションを任されて仕事に打ち込んでいたところ、単純な確認ミスから会社に大きな損害を与えててしまう寸前で、同僚の機転によって助けられるという危機一髪の経験をした。そのことを上司に厳しく注意されて以来、一日の終わりに翌日の行動スケジュールを綿密にたてて、それを完璧に“シミュレーション（イメージでの予行演習）”しないと就寝できないという、強迫的緊張状態に追い込まれていた。

ある日の朝、いつものように満員の通勤電車に乗っていたA氏は、急に息苦しさと激しい動悸に襲われて強い不安感に包まれ、やっとの思いで電車を降りてホームのベンチでしばらく休み、タクシーで会社に駆け

<sup>19</sup> 『こころの科学107』、January 1・2003、日本評論社、46頁

<sup>20</sup> 患者が最初に接する医療の段階。それが身近に容易に得られ、適切に診断処置され、また以後の療養の方向について正確な指導が与えられることを重視する概念で、そのために訓練された一般医・家庭医（プライマリー・ケア医師）がその任にあたる。

<sup>21</sup> 『こころの科学107』、39頁

つけるという経験をした。翌日、大学病院の内科で詳しい検査をして、「体にどこも悪いところはない。ストレスと疲労が原因でしょう」と診断されたが、次の日から、通勤電車に乗ろうとすると、「また、同じことが起こったらどうしよう」という強い不安が湧いてきて、それを拭い去ることができなくなってしまった。

その不安から逃れるために、通勤時間帯を1時間早くして満員電車に乗るのを避け、さらには、駅間の走行時間が長い「特急・急行電車」を避けて「各駅停車」に乗るなどの工夫をしていたが、異常に早い起床時間を強いられる中で、慢性的な寝不足状態が続くようになっていた。

このように、毎回極度に緊張しながら早朝の通勤電車に乗り何とか会社に通い続け、切迫感と疲労感に包まれながらも仕事をこなしていたが、ある日、取引先の会社を訪問した際、高層ビルの最上階に上ってゆくエレベーターの中で、突然強い恐怖感に包まれて息苦しさと心拍数の亢進を感じ、途中でエレベーターを降りて残りの階を階段で行くという体験をした。そのとき以来、A氏は高層ビルのエレベーターに一人で乗ることができなくなり、さらにその後の数ヶ月の間に、会社の重要な会議に出ること、地下鉄に乘ること、広いレストランで食事をすること、高速道路の運転や飛行機に乗ることなど、パニック状態になってしまってもすぐに逃げ出せない状況を「避けること」の範囲が徐々に広がっていった。体調不良を理由に病院通いをする回数も増えて会社も休みがちになり、半年後には家から一歩も出られないような状態に追い詰められて「抑うつ状態」となり、家族の勧めで心療内科を受診した結果、「パニック障害」という診断を受けた。

受診した心療内科で「抗不安剤」の投薬治療を受けていたが、一時的な不安感の鎮静効果はあるものの、一度狭められてしまった日常生活の中の「行動できる範囲」は拡がらず、会社を休職し続けざるを得ない状況の中で、筆者の主宰するカウンセリング・ミニストリーへと導かれた。『オーバーカム・トレーニング・プログラム（O.C.T.）』というライフ・スタイル・チェンジを実践するプログラムを受ける中で、徐々に活動範

囲を抜け、やがて電車にも乗ることができるようになり、現在は会社への復職に向けて準備している最中である。

### 3. パニック障害の症状

#### a. パニック発作

A 氏が最初に朝の通勤電車の中で経験した突然の強い脅威感（パニック）と様々な身体反応を、パニック発作と呼ぶ。多くの人は、このパニック発作を最初の顕著な恐怖体験として経験した後、パニック障害に囚われてゆく。『米国精神医学会の診断・統計マニュアル（DSM-IV-TR、2000）』では、パニック発作の診断基準を、「ある限定了時間内に、激しい恐怖感や不安感とともに、下記の症状のうち少なくとも 4 つ以上が認められ、10 分以内にピークに達する。（3つ以下の場合は、症状限定発作）」と規定して、次の 13 の代表的症状を挙げている。

- 1) 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加、2) 発汗、3) 身震い、または震え、4) 息切れ感、または息苦しさ、5) 窒息感、6) 胸痛、または胸部不快感、7) 嘔気、または腹部の不快感、8) めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ、9) 現実喪失感（現実ではない感じ）、または離人症状（自分自身から離れている感じ）、10) コントロールを失うことに対する、また気が狂うことに対する恐怖、11) 死ぬことに対する恐怖、12) 異常感覚（感覚麻痺、またはうずき感）、13) 冷感、または熱感（紅潮）。

#### b. 予期不安と回避行動

予期不安とは、「将来起こるかもしれないことを、今、強く不安に思っている状態」と表現することができる。この予期不安を強く持つことによって、ライフ・スタイルが束縛されてしまうのである。パニック障害の人は、一度経験したパニック発作を再び起こすのではない

かという予期不安を強く持ち、発作が起きたときに、すぐに逃げ出せない所、恥をかくかもしれない所、助けを得られない所などを恐怖し（広場恐怖）、そのような恐怖から逃れるために様々な「回避行動」をとるようになってゆく。A 氏の場合には、通勤の際に特急・急行電車を避けて各駅停車に乗るところから、その回避行動が始まったといえる。パニック障害の人が持つ典型的な回避行動（～を、～することを、避ける）の対象には、下記のようなものがある。

- 1) 過去にパニック発作をおこした場所、2) 一人になる、3) 行列に並ぶ、4) 大きなショッピングセンターに行く、5) 人ごみ、大勢の集まり、6) エレベーター、エスカレーターに乗る、7) バス、電車、飛行機、車などに乗る、運転する、8) 高速道路、トンネル、橋、9) 交通渋滞、10) 映画館、劇場、11) 床屋、美容室、歯医者、12) 気の張る会議。

#### c. 回避行動の全般化（拡大化）

パニック障害の予期不安による回避行動は、上記のような対象の一つだけに限定され続けることはまれで、次第に「できないこと＝回避していること」の対象が拡がってゆくことが多く、それを「全般化」と呼ぶ。その点が、不安障害の別のカテゴリーである『特定の恐怖症』、『社会恐怖』などと違うところである。A 氏の場合には、高層ビルのエレベーターの乗ることを避けるようになった頃から全般化が進行しているといえる。

この「回避行動の全般化」の結果、パニック障害の人は、日常生活の中から行動の自由をどんどん失ってゆき、ついには限定的な範囲の中でしか自由に活動できない抑圧感に囚われるようになる。それは、まるで四方を敵に囲まれた小さな「砦（とりで）」に立てこもって、必死で戦いながら生きているような状態といえる。そして、その最後の砦もいつか攻め落とされて、すべてが崩れ去ってゆく日が来るという強い不安感をいつも抱えているのである。

### e. 心気状態・抑うつ状態

回避行動の全般化に伴う継続的な神経過敏状態の中で、パニック障害の人は、さまざまな精神・身体症状を持つようになる。その代表的なものとしては、1) 精神症状：おびえ、イライラ、あせり、集中力低下など、2) 身体症状：スタミナ不足、筋緊張、入眠・熟睡困難、ふらつき、嚥下困難などが挙げられる。

さらに、そのような精神・身体の不調感が恒常的になると、「身体的な病気の可能性」に対する予期不安が強くなり、体各部のわずかな症状・不調感に過剰に反応して、症状を解消するための病院巡りなどをするようになる。このような状態を「心気状態」と呼ぶ。

回避行動の拡がりや心気症状に対して適切な対処をしない状態が続くと、やがて「抑うつ状態」に囚われるようになる。それは、睡眠困難、集中困難、疲労感・無力感、罪責感・無価値感、自殺念慮など「うつ」(病)に特徴的な症状を伴う状態に陥ることであり、「二度性うつ」とも呼ばれている。

## B.パニック障害の原因

次に、このようなパニック障害に囚われてゆく原因について、現代精神医学、心理学(心理療法)はどのように説明しているのかを考察する。

### 1. 現代の生物学的・精神医学による説明<sup>22</sup>

現代の生物学的・精神医学の流れでは、先述のように、このパニック障害の原因を「脳の機能障害」と解釈する考え方方が主流となっている。そのような大脳生理学的に説明される“パニック障害の発生メカニズム”は以下の様に要約することができる。

<sup>22</sup> 『こころの科学107』、29~34頁

### a. 適切なレベルの不安反応

人間を取り巻く状況の変化は、刺激(不安)となって大脳の扁桃体中心核に達する。そこから大脳の各所に情報が伝達され、適切な自律神経系、交感神経系の反応が引き起こされて、身体が周りの状況の変化に対処できる状態を生み出そうとする。このような適切なレベルでの不安反応では、身体・心理反応も状況に即したものとなる。

### b. 異常なレベルの不安反応～パニック発作

一方、扁桃体中心核から大脳各所への感覚情報の伝達に、不安にかかる神経伝達物質(ノルアドレナリン、セロトニンなど)の異常分泌などによって障害が生じると、些細な状況の変化を「破滅的なもの」として過大に認知し、適切なレベルを超える過大な不安反応が引き起こされる。それが、「パニック発作」と呼ばれる過剰な心理・身体反応を作り出すと考えられる。

このような「脳機能障害：伝達物質の異常分泌説」を裏付ける根拠として、1) パニック障害と診断された多数の患者において、不安に関する代表的な神経伝達物質であるノルアドレナリン、セロトニンの分泌量に、異常が見られる。2) 上記の不安伝達物質の分泌量を調整する薬物(イミプラミン、SSRIなど)の投与がパニック発作を抑えるために有効であることが実証されている。また、乳酸、炭酸ガス、カフェインなどの「パニック誘発物質」によって、人為的に伝達機能障害を引き起こし、パニック発作を再現することができるとも知られている。

### c. 異常な不安反応(パニック発作)の記憶と再現～パニック障害の形成

このような異常なレベルの不安反応(パニック発作)を一度体験すると、その記憶は「破滅的なもの」として脳内の海馬という部分に記憶される。そして、次に同様の体験によって同様の不安が認知される

と、それが一般的には些細なことであっても、海馬に保持された過大な不安記憶が想起されて、前回と同様の過剰な不安反応（パニック発作）が繰り返し出現すると考えられる。また、その頻発するパニック発作を回避するために、不安を認知しやすい状況を避けるという「回避行動」をとるようになり、パニック障害という束縛されたライフ・スタイルが形成されてゆくと考えられている。

## 2. 心理学・心理療法による説明

現代の心理学（心理療法）の主流も、パニック障害の起点となる初回のパニック発作の発生と、その繰り返しについては、上記のような生物学的精神医学が唱えている「脳の機能障害説」を基本的に受け入れているといえる。しかし、繰り返されるパニック発作が、ライフ・スタイルを束縛してゆく「パニック障害」については、より心理的要因の関与が大きいと主張しているのである。その代表的ないくつかの言説を要約する。

### a. 『“間違った警報”理論』（バーロー：Barlow, D.H.）<sup>23</sup>

バーローは、パニックを恐怖のひとつの形と考えた。しかし、恐怖が差し迫った実際に存在する危険を察知した際の人間の急性反応であるのに対し、パニックは、実際には危険の対象が実在していないことが、両者の決定的な違いと捉えている。したがって、恐怖を「真の警報」、パニックを「誤った警報=警報の誤作動」と表現して、「初回のパニック発作を起こした時（誤った警報の作動時）におかれていった状況や身体感覚を、激しく警報を鳴らすべき対象であると誤解（学習）して記憶し、その状況や身体感覚が再現されること、警報の誤作動が頻発するようになる」と、パニック発作とそれに続くパニック障害の形成を説明する。

### b. 『“悪循環”モデル』（クラーク：Clark, D.M.）<sup>24</sup>

心理学者のクラークは、パニック発作が回避行動を伴うパニック障害へと進んでゆくプロセスを、「悪循環」と捉え、以下のように説明する。

1) パニック発作は、外部的なストレス要因の増大と状況の変化によって、誰にでも起りうる予期せぬ出来事である。

2) しかし、「予期不安を強く持つタイプ」の性格傾向の者が、パニック発作を体験することによって、次の発作に対する予期不安をも強く持つことから下記のような悪循環に陥る。

a) パニック発作に対する予期不安に苛まれる状態が長く続くと、身体の状態に意識が集中し、身体感覚が鋭敏化する。

b) その鋭敏化状態の中で、些細な体調の不調感などを感じると、脳内の不安物質の伝達が過剰となり、さまざまな自律神経系の身体反応が引き起こされる。

c) その身体反応を、さらに「破滅的なもの（病気、発作など）」として過剰に解釈する心理規制が働き、パニック感に陥るという悪循環を引き起こす。さらには、そのようなパニック感に陥る状況を回避しようとするライフ・スタイルが形成されて、パニック障害が固定化してゆく。

### c. 『“ゆがんだ認知”理論』（アーロン・ベック：Beck, A.T.）<sup>25</sup>

認知療法の創始者といわれているアーロン・ベックは、「人の感情や振る舞いは、大部分、その人が構築した世界観によって規定される」と考え、パニック障害などの感情や行動の束縛に囚われている人は、その世界観（認知）に、束縛をもたらす“ゆがみ”が生じていると考える。従って、自ら構築した世界（歪んだ認知）の中で苦しんでいる人の、ゆがんだ考え方や適切でない思い込みを明確化し、正しい検討を

<sup>23</sup> 前掲書、35～38頁

<sup>24</sup> 『こころの科学 121』、May5・2005、日本評論社、62頁

<sup>25</sup> 前掲書、35～36頁

加え、修正してゆくことによって、行動や感情を変えることができる」と説明している。

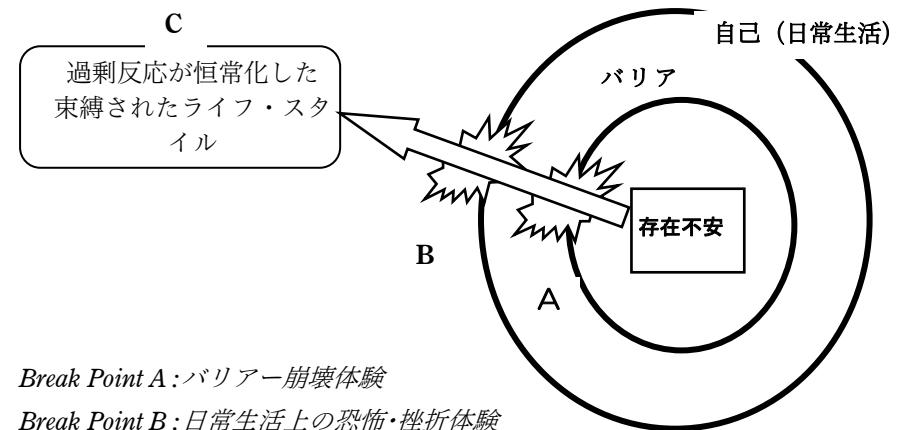
基本原理：「バリアー崩壊」と「束縛されたライフ・スタイルの形成」

### C. パニック障害の正体

筆者は、1980年代後半から90年代前半にかけて米国フラー神学大学院に留学する間、チャールズ・クラフト博士の下で、「ディープ・レベル・ヒーリング」と呼ばれる「心の癒し」のミニストリーについての理論と実践を学んだ。そして、日本へ帰国後、牧師任命を受け開拓伝道などに従事する傍ら、クリスチャンを対象とした「ディープ・ヒーリング」の働きに妻と共に取り組んできた。その後、現代日本の社会・文化的文脈の中で日本人の「魂の必要(Spiritual Need)」に真に応えることのできるカウンセリング・ミニストリーを確立することを目指して、『インテグレーション・カウンセリング』と呼ぶ一般の人々（クリスチャンを含む）向けの新しいカウンセリング・ミニストリーを実践し、これまでに数万に及ぶ人々との関わりを持ってきた。以下、その経験を土台として構築した理論に沿って、パニック障害と呼ばれる「束縛されたライフ・スタイル」の正体を明らかにしてゆきたい。

#### I. インテグレーション・カウンセリングの基本原理

これまでの、数万例に達する様々なミニストリーの実践を踏まえて、インテグレーション・カウンセリングでは、パニック障害やその他の不安障害、「うつ」、怒りの爆発、その他などによってライフ・スタイルが束縛されてゆく仕組みを、下図のような基本原理として説明している。



＜図1：バリアーの崩壊と束縛されたライフ・スタイルの形成＞

##### a. 存在不安と、それを覆う「バリアー」の存在

人間は誰でも、自分存在に拭い去れない根源的不安（存在不安）を抱えている。それを何とか覆い隠し安心して生きてゆくために、様々な「バリアー：仕事、学歴、金銭、地位、名声、家族、健康、他者評価など」を構築しようとする。そのバリアーを土台として、日常生活という「自分の世界（自己）」を創り上げているのが、日々の営みである。

##### b. 「バリアー」の崩壊（Break Point A：バリアー崩壊体験）

しかし、何らかの理由でそのバリアーの一部分、あるいは全部が崩壊してしまうと、それまで保たれてきた「自分の世界の安定」が動搖し始める。そして、存在不安がもたらす「拭い去れない不安感」が、自己（日常生活）の内部に拡がり、仔細なフラストレーションに対する防衛的な過剰反応が頻発し始める。

c. 挫折・恐怖体験と自己世界（日常生活）の崩壊（Break Point B：日常生活上の恐怖・挫折体験）

このように、存在不安を覆うバリアーが崩壊し、自己世界（日常生活）の安定がもろくなっている状態の中で、さらに恐怖、挫折、フラストレーションなどを強く感じるエピソードを経験すると、何とか保たれていた自己世界の安定が決定的に崩壊させられてしまう。

その結果、些細な環境の変化、体調の不調、人間関係の葛藤などによって容易に「存在不安」が搔き立てられて「自己存在の危機感」をつのらせ、過剰反応としての身体・心理的諸症状が強く表出し、予期不安によってそれに囚われて、諸症状が固定化してゆくという悪循環に陥る。（バリアーがしっかりと存在していれば、そのような恐怖体験は容易に乗り越えられ症状も固定化しない。）

d. 「束縛されたライフ・スタイル」の形成

このように、心理・身体的症状への「囚（とら）われ」が恒常化すると、そのような過剰反応を引き起こす可能性があると思われる状況、人間関係、社会生活などを「回避」しようとする防衛反応が強く現れ、日常生活を支配するようになる。その結果、不安障害、うつ、依存症、その他などの様々な「束縛されたライフ・スタイルの世界」が創り上げられてゆく。

2. パニック障害という「束縛されたライフ・スタイル」の正体

上記のような「インテグレーション・カウンセリング」の基本原理によつ

て、人々がパニック障害という「束縛されたライフ・スタイル」へと囚われてゆく仕組みを下記のように説明することができる。

a. 「バリアー」の崩壊

パニック障害に囚われている人は、成育歴の比較的早い時期から何らかの理由で「存在不安」を強く意識せざるを得ない状況に置かれており、それを覆い隠す「バリアー」の構築に一生懸命励んできたということができる。しかし、さまざまな理由によって、ある時せっかく築き上げてきたそれらのバリアー（仕事、成績、家庭、人の評価など）が突き崩されて修復不可能となり、それをきっかけに、日常生活の中に強い不安感が拡がってゆき、「束縛されたライフ・スタイル」へと囚われる土台が形成されてゆくのである。

前述のA氏の場合は、周囲の期待を意識していた会社のプロジェクトでのミスによる上司の叱責が、「優秀であること。周囲の期待に応えられること」という彼女の「バリアー」を突き崩したことがその後のパニック障害へのきっかけとなったと考えられる。

b. 危機体験と予期不安への囚われ～悪循環の始まり～

「存在不安」を覆う「バリアー」が崩壊し、日常生活の中で拭い去れない不安感をいつも感じている状態が続くと、ごく些細な環境の変化や人間関係での葛藤、身体的な不調・違和感、失敗や挫折、喪失体験などを「破滅的な危機」と過大に評価して、心身の過剰反応が引き起こされ易くなる。最初に、パニック感・恐怖感に圧倒される「パニック発作」を体験するタイミングは、そのような不安による過度の緊張・過敏状態の中であることが多い。

A氏の場合は、仕事上の緊張・疲労状態が続く中で、朝の通勤電車でのパニック発作という決定的な恐怖体験をした。そして、その出来事に対する恐怖感が予期不安となって日常生活を支配し、さらに不安、緊張、過敏によりパニック発作が繰り返され、回避行動の範囲が拡が

って行くという悪循環に陥って行った。

#### c. 束縛されたライフ・スタイルの形成 ～悪循環の固定～

そのような心身の強い過剰反応（パニック発作など）が頻発するようになると、自分を守ろうとする防衛反応の世界を形成するようになり、「回避行動の拡がり、心気状態・抑うつ状態の出現」などの症状が固定化して、パニック障害に特有の“束縛されたライフ・スタイル”が創り上げられてゆくことになる。A氏の場合は、心身の不調を訴えて病院通い（心気状態）をした上で、抑うつ状態に陥り、会社を休職して家に引きこもるようになった。

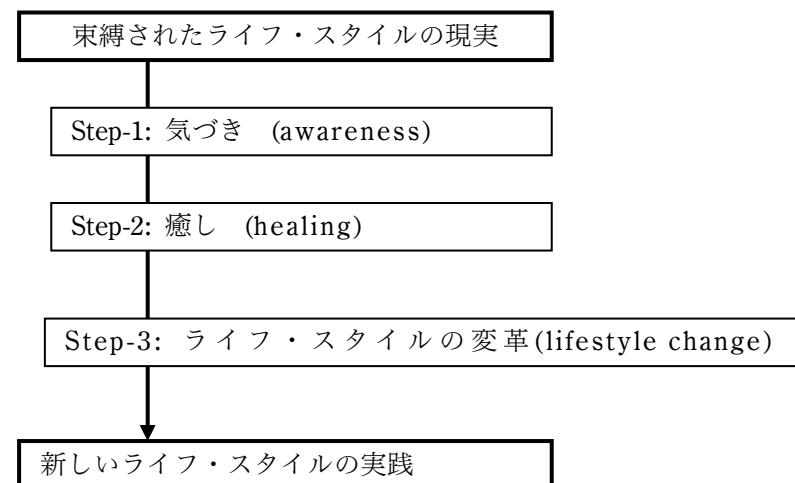
以上のような数多くの実例を俯瞰した考察を経て、インテグレーション・カウンセリングではパニック障害という「束縛されたライフ・スタイル」の正体を、『存在不安を覆うバリアーが崩壊し、拭い去れない不安感にさいなまれて葛藤する人間が陥る、心と体の過剰反応の悪循環』と定義している。即ち、先述したとおり、現代精神医学が言うところの「体：からだ」ではなく、また、心理学が指摘するところの「心：こころ」でもなく、神から引き離された人間存在が生まれながらにして負っている存在不安という「魂：たましい」の問題が、この「束縛されたライフ・スタイル」の真の取り扱うべきテーマなのである。次章では、「インテグレーション・カウンセリング」がこのテーマとどのように向き合い、パニック障害と呼ばれる「束縛されたライフ・スタイル」と取り組んでいるのかを、具体的に紹介してゆく。

## IV. カウンセリング・ミニストリーの実践

### A. インテグレーション・カウンセリングとは何か

“integration；インテグレーション”という英語には、「統合・調和・回復」という言語的な意味がある。人間存在の基である「魂」が創造主なる神との

真の“インテグレーション”を回復し、さらには、その回復された魂が「束縛されたライフ・スタイル」の中に囚われている「心」と「体」の回復と調和を導くという考えを示唆するために、この「インテグレーション・カウンセリング」という呼称を用いている<sup>26</sup>。その目的は、カウンセリングとトレーニングのプログラムを通して、人間の持つ「存在不安」とその影響力の深刻さを明確化して人々の理解と認識を深め、最終的な解決方法として「創造者との健全な関係の回復（=救い）」という選択肢を提示し、さらにライフ・スタイル変革のための道筋を示すことである。このようなインテグレーション・カウンセリングの実践は、下記のようなプロセスに沿ってなされてゆく。



＜図2：インテグレーション・カウンセリングの実践プロセス＞

<sup>26</sup> 即ち、神と出会い、キリストの十字架による救いを受け入れることによって神との関係を回復することが、人間存在の真の「癒し」に至る唯一の道であることを示唆している。

## 1. 気づき

人は、自分の人生を苦しめているものが「自分の創り上げた世界（観）」であるという「見たくない事実」と向き合わずに、原因を自分以外の「何か」のせいにしようとする。それが、ライフ・スタイルの「悪循環」をさらに増幅させてゆくのである。従って、新しいライフ・スタイルの獲得に向けた癒しと解放のプロセスの最初のステップは、パニック障害などの「束縛されたライフ・スタイル」に囚われるに至った自らの世界の仕組みと向き合い、気づく（=認める）ことである。

## 2. 癒し

私たちが「束縛されたライフ・スタイル」を創り上げてゆく過程においては、原点として、必ず何らかの「被害者性=心の傷、トラウマ」が存在する。その被害者性を償われるような「癒し」を充分に受けたとき、私たちは次の段階である「ライフ・スタイルの変革」へと進むことができる。その意味で、この「癒し」は、私たちが新しいライフ・スタイルを身につけてゆくための“勇気と力=エネルギー”を得るための重要なプロセスであると言える。そのような「癒し」を人にもたらすのは、創造主なる神の愛と「真に出会うこと」である。この神の愛こそが、必ず崩壊してゆく仮初めの「バリアー」ではなく、私たちの存在不安を覆うことのできる「真のバリアー」であるといえる。

## 3. ライフ・スタイルの変革

インテグレーション・カウンセリングの実践を通して人々が到達すべきゴールは、「新しいライフ・スタイルの獲得」である。これは、「束縛されたライフ・スタイル」が、癒しと解放の結果として、肯定的で創造的な「新しいライフ・スタイル」へと変えられてゆくことを意味している。そのためには、身についたライフ・スタイルの「習慣性」を取り扱い、適宜それを矯正して行くためのライフ・スタイルの変革を訓練するプログラムの実施が必要となる。

## B. 『オーバーカム・トレーニング・プログラム（O.C.T.）』の実践

インテグレーション・カウンセリングでは、“うつ”やパニック障害、怒り爆発、傷ついたセルフイメージなどの「束縛されたライフ・スタイル」の各分野において、『オーバーカム・トレーニング（O.C.T.）プログラム』というプログラムを実践している。それは、上記のようなインテグレーション・カウンセリングの実践プロセスに添った上で、精神医学・心理学の知識、認知行動療法、ディープ・ヒーリングなどのエッセンスを統合した、総合的なカウンセリングとコーチングのプログラムである。そのプログラムがパニック障害のクライアントをどのように取り扱っているのかを、実例を交えながら紹介してゆく。

### 1. 「不安・パニック」集中セミナー

プログラムの最初にクライアントが参加するのは、不安・パニックを核としたライフ・スタイルの束縛（パニック障害）がどのように形成されてゆくかを詳しく学ぶ「集中セミナー」である。約4時間ほどの時間をかけて、パニック障害といわれている「束縛されたライフ・スタイル」のきっかけとなるさまざまなエピソード、典型的な症状、その行き着く姿、原因に関する諸説、さまざまな対処法などを学びながら、自分の経験との共通性を確認すること、すなわち『気づくこと』を目的としている。そのためには、講師のレクチャーだけではなく、小グループに分かれてのグループ・セッションが重要視されている。前述のA氏もこのセミナーに参加し、下記のような「気づき」を持つことができた。

#### ＜A氏の気づき＞

- a. 自分は、幼少の頃から「存在を受け入れられることに対する拭い去れない不安」を意識していた。それは、最初の子どもに男子を望んだ父と、第一子長女として生まれた自分との関係が影響している。

- b. その不安を覆い隠すために、「優秀であること。他者から評価を受けること」というバリアーを常に自己の世界に構築しようと頑張ってきた。しかし、社会人になって、仕事上のミスを重ねて上司から叱責されることで、そのバリアーが決定に崩壊してしまった。
- c. その後のパニック発作、回避行動、全般化、心気・抑うつ状態などの「束縛されたライフ・スタイル」の悪循環の仕組みを、セミナーを通して自分の事としてよく理解することができた。
- d. このような束縛の力を乗り越えて(オーバーカムして)行くためには、世界観の革新を土台としたライフ・スタイル・チェンジへの取り組みが必要であることを理解した。

## 2. トレーニング・セッション

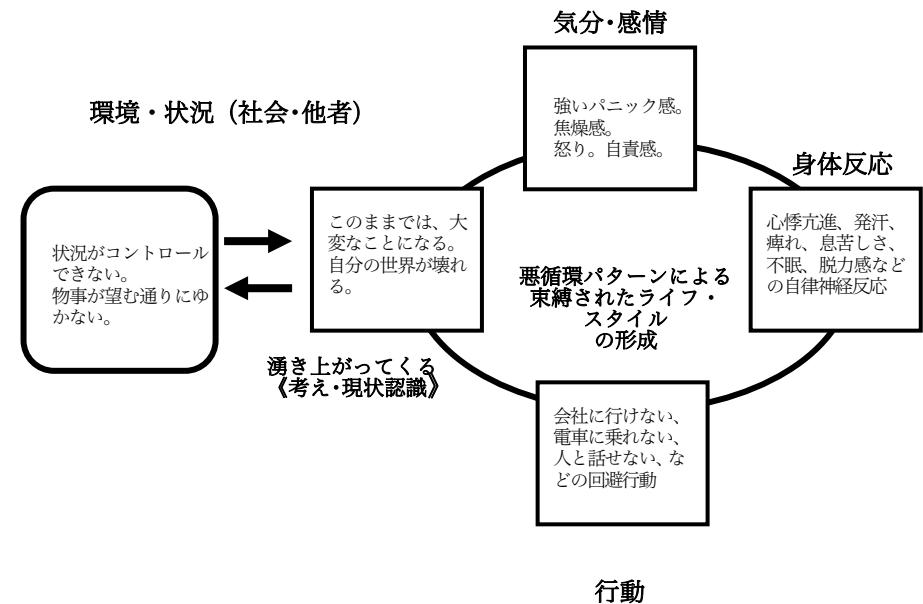
O.C.T.・プログラムの第二段階は、「束縛されたライフ・スタイル」から解き放たれるための実践的なトレーニングを実践するセッションを受講することである。それは、下記のような5つの段階に分けられており、各段階毎にデザインされたチャート(5セッション合計で10種類程度)を用いて、漸次設定されたテーマを達成することを実践してゆく。

### a. セッション1: 【悪循環パターンの明確化】

一定の期間、自分の過剰反応を詳しく記録し、抑うつ、不安・パニック障害、怒りの感情の爆発、傷ついたセルフ・イメージなどの「悪循環パターン」を明確化し理解する。

下記は、参加者の一人、パニック障害のB氏(30歳、男性会社員)の「悪循環パターン」を明確化したチャートである。

<パニック障害のB氏>



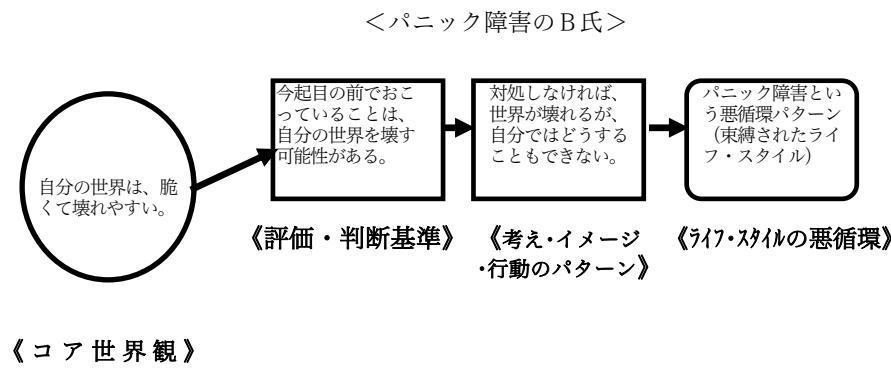
<図3：“悪循環パターン (A.J.P.)”明確化チャート>

### b. セッション2: 【世界観の革新】

「悪循環パターン」への囚われを引き起こす「歪んだ世界観」を明確化し、その革新への基本原理を理解する。

B氏の場合は、「このままでは自分の世界が壊れる」という確信的な「考え」が、悪循環パターンのきっかけとなっている。その「考え」の実体は、彼の“世界観 (world view)”が創り上げた「現状認識・行動原理」であるといえる。人間の日常生活の言動 (ライフ・スタイル)

は、私たちが持っているこの“世界観”によって決定されるのである。チャートによって明らかにされたB氏の世界観と悪循環の関係は、下記のようであった。



《コア世界観》

&lt;図4：コア世界観明確化チャート&gt;

## c. セッション3：【ヒーリング】

「悪循環パターン」への囚われを引き起こす「歪んだ世界観」の中核にある「心の叫び」に焦点をあて、祈りのミニストリーによる「癒し」を受け取る。

「コア世界観」は、ある共通した状況に直面するときに繰り返し沸き起こる「強い思い=心の叫び」として現われる。それは、成育史の中で体験したさまざまなつらい経験によって心に刻み付けられるものである。従って、「コア世界観」を革新するためには、その「心の叫び」を完了させる必要がある。そのためには、私たちの痛みや悲しみの全てを覆う“神の愛”に出会うことが必要であり、それが「癒し」である。人は、心の深みにある“叫び”を神の愛によって癒されとき、初めてその世界観を変えることができるのである。

B氏の「自分の世界は脆くて壊れやすい」というコア世界観は、家庭の中に両親の紛争が絶えなかった幼少期からの成育史の中でもたらされた。その心の叫びを、神の愛と実体験を持って出会う祈りのミニストリーを通して完了させた時、「自分の世界は神の愛によって守られている」とい新しいコア世界観を持つことができたのである。この世界観の革新が、その後の行動変革（ライフ・スタイル・チェンジ）の土台となったのである。コア世界観の革新を伴わない、アサーション、自己宣言文、積極・肯定思考その他の行動変革への試みは、決して成功することが無いというのが、インテグレーション・カウンセリングの考え方である。

## d. セッション4：【行動変革トレーニング（1）】

心理的（抑うつ感、パニック感、怒りの爆発、自責感、その他など）、身体的（動悸、呼吸困難感、震え、脱力感、その他など）な過剰反応のコントロール法をトレーニングする。

O.C.T.・プログラムでは、身体・心理的過剰反応をコントロールする方法として、呼吸コントロール法、筋弛緩法、不適切な考えのコントロール法、意識集中法などをトレーニングしている。

## e. セッション5：【行動変革トレーニング（2）】

抑圧状況への対処法、健全なコミュニケーション法、回避行動のコントロール法などの実践方法をトレーニングする。

先述したように、コア世界観の変革に「癒し」を通して取り組んだ後に、O.C.T.・プログラムでは、回避行動のオーバーカム（乗り越えること）、健全なコミュニケーション法、抑圧状況からの脱出法などの習得などに取り組んでゆく。パニック障害のC氏（25歳、主婦）は4年間もの間一人で買い物に出ることができなかつたが、

下記のような「回避行動のオーバーカム・トレーニング」を受けて、一人でコンビニでの買い物をすることができるようになった。

**ターゲットとする回避行動**：一人で家を出てコンビニに行き買い物をするのを避けている。

ステップ 1：<最初の第一歩として取り組む達成目標>

一人で家を出て、家の周りを一周して帰る。

ステップ 2：<ステップ1～3の中間の達成目標>

一周する範囲を周りの家数軒分に広げる。

ステップ 3：<ゴールまでの全体のプロセスの中で、ちょうど中間となる達成目標>

200 メートル先にある喫茶店（コンビにとの中間地点）まで歩いて行き家に帰る。

ステップ 4：<ステップ3～5の中間の達成目標>

コンビニの前まで歩いてゆき、そのまま家に帰る。

ステップ 5：<ゴール直前の、「ここまで着たら引き返せない」レベルの達成目標>

コンビニの中に入って決めた商品をかごに入れる。

**ゴール設定**：一人で歩いて 500m先のコンビニに行き、サンドイッチ、お茶のペットボトル、アイスクリームを買って家に帰り昼食を食べる

<図 5：回避行動のオーバーカム・トレーニング>

ここまで、まず現代日本社会を覆っている「心の問題」と呼ばれるものの正体を見極めるために、パニック障害という「束縛されたライフ・スタイル」

の実相を考察した。そして、その本質は心でも体でもなく「魂の問題」であり、人間が原初的に宿している、拭い去れない「存在不安」が生み出すライフ・スタイルの悪循環（束縛）であるとの結論を得た。次に、筆者が主宰するインテグレーション・カウンセリングの実践プログラムが、そのような「魂の束縛されたライフ・スタイル」に対して具体的にどのように対処しているのかを紹介し、教会が世に発信することのできる効果的なカウンセリング・ミニストリーの一モデルを提示しようと試みた。そこで最後に、そのようなミニストリーを効果的に構築・運営して行く上でのいくつかの重要な点について、筆者の考えを述べることによって本論文の最終的な結論としたい。

## 1. 教会が主宰するミニストリー・センターの設立

キリストの教会は、主からの大宣教命令（マタイ 28：18-20）を果たすために、この日本社会の中でも、人々を導く社会的リーダーとしての役割を担うべきである。その為にも、パニック障害をはじめとした様々な「束縛されたライフ・スタイル」が社会的に大きな問題となっている現在の状況は、絶好の機会なのである。

キリストの教会が、御靈の助けによって、高度な専門性をもつカウンセリングとトレーニングのプログラムを有したミニストリー・センターを主宰して伝道の武器として用いてゆくことは、これまでの本論文の考察を通してわかるように充分に可能なことである。

## 2. ミニストリー・リーダーの養成

多くの教会リーダー達にとって、カウンセリングの働きを担うことは、過度の負担と犠牲を強いられる荷の重い奉仕であるという認識がある。しかし、担うべき働きのゴール（目標、限界）を明確に設定すれば、そのような認識は容易に乗り越えることができる。

例えば、パニック障害の人々に対する教会のカウンセリング・ミニストリーのゴールは、彼らが、悪循環の苦しみの中で神と出会い、魂の救いへと導き入れられることである。そして、そのゴールを達成することを目指したカ

ウンセリング・ミニストリーを担う者達には、長い修練期間を経て「職人技カウンセリング」を身に付けることなどは、全く必要では無い。聖書を土台として充分に効果のあるミニストリーの枠組みを創り上げて(例えばインテグレーション・カウンセリングのような)、その基礎・実践理論を学び実際のカウンセリングを積み重ねれば、御靈の賜物を受けたクリスチャン<sup>27</sup>であれば、誰でもが実践することができるのである。

### 3. 対象者の明確化

これまでの多くの教職者たちとの交わりを通して、多くの教会リーダー達は牧会カウンセリング(信者・未信者対象)に疲れ果てているという現状があることを筆者は理解している。その理由は、ライフ・スタイルを変革することの無い「万年クライアント」の群れの、終わることの無い訴えに対処仕切れずに翻弄されているからである。

実は、そのようなライフ・スタイルの変革を志向しない(意識的に、また無意識的に)クライアント達は、教会が主宰するミニストリー・センターの働きの真の対象者ではないのである。彼らが求めているものは、日々の苦しみを少しでも和らげることのできる「デイケア」の働きである。もし教会がそのような「心のデイケア」のミニストリーを持つことができれば、それは素晴らしいことである(必要である)が、彼らは実は少数者である。

一方世には、他者とのコミュニケーションが取れて、社会生活を営み普通に生活しているが、「心の問題(といわれているもの)」で行き詰まっている圧倒的大多数の人々が存在している。彼らを明確に対象としたカウンセリング・ミニストリーをデザインし実践してゆくことに、教会は目を向けるべきであると筆者は考えている。

愛する者よ。

あなたが、たましいに幸いを得ているようにすべての点でも幸いを得、また健康であるように祈ります。

ヨハネの手紙 第三、2節

<sup>27</sup> このようなカウンセリング・ミニストリーは、聖書の教えを土台として、御靈の賜物を用いながら実践されてゆく“ミニストリー：神の働き”である。従って、それを担う者は、クリスチャンである必要がある。

### 参考文献

- アダムズ、ジェイ、『カウンセリングの新しいアプローチ』、柿谷正期、窪寺俊之訳、いのちことば社、1987
- 有馬武夫、『牧会カウンセリング入門』、新教出版、1999
- アンダーソン、ニール、『キリストにある自由』、黒澤則年訳、いのちことば社、1999
- ウォーレン、リック、『健康な教会へのかぎ』、いのちことば社、1978
- 大野祐、『「うつ」を治す事典』、法研、2003
- 貝谷久宣、『不安・恐怖症 パニック障害の克服』、講談社、1996
- 国分康孝、『カウンセリングの技法』、誠信書房、1979
- 小比木啓吾、深津千賀子、大野裕編、『精神医学ハンドブック』、創元社、2003
- シーセン、ヘンリー、『組織神学』、島田福安訳、いのちことば社、1986
- シュウォーツ、ジェフリー、M、『不安でたまらない人たちへ』、吉田利子訳、草思社、1998
- ティリッヒ、パウル、『生きる勇気』、大木英夫訳、平凡社、1995
- 福田充男、『文脈化教会の形成』、ハーベスト・タイム・ミニストリーズ出版、1993
- 三浦展、『下流社会』、光文社新書、2005
- ミナース、フランク、メーヤー、ポール、『「うつ」をやめれば楽になる』、水澤都加佐訳、PHP研究所、2002
- 渡辺利夫、『神経症の時代～わが内なる森田正馬』、(文庫版)学陽書房、

1999

渡辺登、『心の病気がわかる事典』、日本実業出版社、1999

＜公表資料＞

警察庁生活安全局地域課『平成 20 年度中における自殺の概要資料』2008 年

6 月

厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業『自殺の実態に基づく予防対策  
の推進に関する研究』分担研究報告書 平成 18 年度

財団法人社会経済生産性本部 メンタルヘルス研究所、「『メンタルヘルス  
の取り組み』に関する企業アンケート」、2006

『将来動向調査報告書 「精神疾患の将来動向」』、ヒューマンサイエンス  
振興財団、2000 年

『産業人メンタルヘルス白書』2002 年版

「日本における自殺の精密分析」（『東京都立衛生研究所年報 50 卷』、1999）

＜雑誌・新聞＞

『AERA』、2005 年 11 月 14 日号、朝日新聞社

『AERA』、臨時増刊 No.44、10/20 号、朝日新聞社

『こころの科学 107』、January 1・2003、日本評論社

『こころの科学 121』、May 5・2005、日本評論社

＜ホームページなど＞

社会実情データ図録HP (<http://www2.ttcn.ne.jp/~honkawa/4400.html>)

(イエス・キリスト誠心教会 主任牧師  
インテグレーション・カウンセリング・アソシエーション〈I.C.A.〉主宰)