

原 著

## 短期集中内観が奏効した身体化障害の1例

笹 野 友 寿<sup>1)2)</sup>

川崎医療福祉大学 学生相談室<sup>1)</sup>

川崎医科大学 地域医療学教室<sup>2)</sup>

(平成10年11月11日受理)

## A Case Study of a Somatization Disorder Treated by Naikan Therapy

Tomohisa SASANO<sup>1)2)</sup>

1) *Department of Counseling Room  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-0193, Japan*

2) *Department of Family Practice  
Kawasaki Medical School  
Kurashiki, 701-0192, Japan  
(Accepted Nov. 11, 1998)*

**Key words :** Naikan therapy, somatization disorder, polysurgery, drug abuse

### Abstract

Naikan therapy, a method of psychotherapy, was dramatically effective in the treatment of a female patient with somatization disorder. The patient was in her fifties and had been suffering from recurrent and multiple somatic complaints for nine years. The somatic complaints were pain in the eyes, ears, teeth, neck, shoulders and hands, an abnormal sensation in the throat, difficulty in urinating, syncope and paralysis of the arms and legs. Before the Naikan therapy, she had been receiving unnecessary medical care in the forms of surgery and drugs from a number of physicians because she was constantly seeking out doctors. After the Naikan therapy, all her somatic complaints disappeared and, in addition, the psychotherapist-patient relationship improved. She had a deep respect for the psychotherapist, and yet she was able to converse easily with him. One factor in the success of the Naikan therapy is suggested to have been the structure of the therapy, that is, its intensity. The therapist conducted a series of one and half hour interviews over a 15 hour period from 7 a.m. to 10 p.m.. Another factor is suggested to have been her knowledge of a model demonstration of the Naikan meditation in advance.

This led her to believe the therapy would be successful.

## 要 約

目、耳、歯、首、肩、手の痛み、喉の異常感覚、排尿障害といった多発性の身体症状が9年間持続し、その間、失神や運動麻痺などの解離性症状が散発性に出現し、治療歴として頻回手術や薬物乱用などがみられる50代の身体化障害の女性に、短期集中内観を行ったところ、身体症状は著明に改善した。集中内観後の治療者・患者関係は、治療者を尊敬する一方で安心して何でも話せるという、穏やかで安定したものとなった。内観療法が奏効した要因として、連続15時間の集中内観を行い、面接は1.5時間おきに合計11回という濃厚な治療構造であったこと、主治医が内観の導入から面接まで全て一人で担当したことなどが考えられた。また、内観導入までに治療者・患者関係がある程度確立していたこと、あらかじめ患者が自発的に内観テープを聞いていたこと、患者が自発的に集中内観を希望したことなども奏効要因として考えられた。

## はじめに

内観療法が精神療法として認知されたのは1960年代後半であるが、近年欧米にも普及しつつある。内観療法において行うことは、患者にとって身近な人（多くは母が対象となる）に対する自分を、①（母に）してもらったこと、②（母に）して返したこと、③（母に）迷惑をかけたこと、の3点について調べることに尽きる。調べる行為は内観と呼ばれている。母について内観し終わったらもう一度母について内観してもよいし、さらに父、祖父母、配偶者、同胞などに対して内観してもよい。

内観療法の最も基本的な形式は集中内観と呼ばれるもので、実社会から隔離された環境で一週間過ごし、起床から消灯まで1～2時間ごとに、小学校の低学年から3年刻みに各自の年譜に従って上記3項目を調べるものである。そして想起した内容を1～3分かけて内観面接者に話すのである。

通常ははじめの一、二日はなかなか内観が深まらないものである。しかし、三、四日目になると内観が深まってきて、あまりにも多くのことをしてもらった自分、あまりにも何もしてあげなかった自分、あまりにも迷惑をかけた自分という事実次第々と直面する。自分に関係した人たちの愛情が具体的な情景とともに感情を伴って想起され、同時に自己の罪悪感が強烈に刺激

されるのである。しかも、この内的体験は全て事実に基づいたものである。その重みに内観者は愕然とし、劇的な心的転回がなされるのである。このように、内観は自分自身を見つめて反省する方法としては最も優れたものといえる。内観した結果、知的に理解するだけでは到底到達することのできない深いレベルでの人格の変革が引き起こされるのである。

内観療法の治癒機転は、症状を一時的に忘れて昇華することではなく、人格レベルでの変革を引き起こした結果、その副次的な効果として症状が消失するのである。つまり、症状に対する自らの構えを根底から変えていくということ故に、内観療法は根治的な精神療法であるといえる。

ところで、内観療法はこのようにすぐれた精神療法であるが、一週間という期間が患者側にとっても治療者側にとっても負担が大きく、適用の拡大が妨げられてきたことも事実である。何らかの工夫をすることで短期間でも治療効果が得られるのであれば、その適用は拡大していくものと考ええる。著者は、多発性の身体症状が9年間持続し、またその間、失神や運動麻痺などの解離性症状が散発性に出現し、病歴に頻回手術や薬物乱用がみられる50代の身体化障害の女性に、短期集中内観を行ったところ、身体症状は著明に改善した。本事例の奏効要因を知ることが、内観療法の適用の拡大につながると

思われるので、考察を加えて報告する。

### 事例概要

59歳の女性。呉服屋に生まれ育つ。病前性格は自己中心的、わがまま。高校を卒業し専門学校に通った後、家業の手伝いをする。31歳、気のすまないままに見合い結婚するが、40歳で離婚。子供はいない。42歳、高級ブティックで働くようになり、この頃が最も充実していた。49歳、会社オーナーと再婚し、夫とその息子家族と同居するようになる。

### 受診までの経過

49歳、再婚してまもなく、目の奥、歯、首、手の痛み、喉の異物感、喉が大きくなる感じが出現する。50歳、早朝失神し神経内科に2ヶ月入院するが、神経学的異常所見は認められない。しかしこの時より脳循環改善薬の服用を開始する。52歳、左手足の運動麻痺のため神経内科に5ヶ月入院するが、神経学的異常所見は認められない。退院後から、リハビリ外来へ週3回の頻度で通院するようになる。53歳、首から左肩にかけて激痛があり、整形外科で頸椎の手術を受けるが症状不変。この時より消炎鎮痛薬を服用するようになる。同年、排尿障害が出現し、泌尿器科で精査するも異常は認められなかったが、この時より副交感神経刺激薬を服用するようになる。同年、抑うつ気分、焦燥感が出現し、うつ病の疑いで精神科に2ヶ月入院し、抗うつ薬、抗躁薬、抗不安薬、睡眠薬を服用するが症状不変のまま退院。54歳、耳の奥の痛みが出現し、耳鼻科に入院して手術を予定するが、手術当日の気分が悪いため中止。同年、左肩の激痛のため整形外科で左肩の手術を受けるが、症状不変。55歳、再度左肩の手術を受ける。57歳、排尿障害の増悪のため、泌尿器科外来で1ヶ月間毎日導尿を繰り返す。その他、不定愁訴のため、抗潰瘍薬、消化薬、筋弛緩薬、便秘治療薬、ビタミンの服薬をしている。

### 治療経過

57歳、発病9年目、当科を受診する。目、耳、歯、首、肩、手の痛み、喉の異常感覚、排尿障

害など多くの身体症状を訴える。過去の治療は無効であったと語る。

当科受診時、脳循環改善薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗不安薬、睡眠薬、筋弛緩薬、副交感神経刺激薬、消炎鎮痛薬、抗潰瘍薬、消化薬、整腸薬、便秘治療薬、ビタミンなど10数種類の薬剤を服用しており、薬物への依存と乱用があると考えた。

家族については、夫がかまってくれないことや、義理の息子が意地悪く無視する態度をとることへの不満を強く語った。

再婚直後に発病していること、身体症状が多彩で慢性の経過をたどっていること、頻回手術や薬物乱用など身体的治療を求める傾向が強いことなどから、身体化障害(ICD-10: somatization disorder) と考えた。

支持的精神療法を開始して3ヶ月目、ラポールがつきはじめたが、家族に対しては被害的、攻撃的であった。特に、夫があまりかまってくれないことと、義理の息子が反抗的で無視されることを訴えた。家族に対する陰性感情を改善させるため内観療法のパンフレットを読ませてみたが、あまり関心を示さなかった。4ヶ月目に、うつ病をテーマとした内観テープを聞かせたところ、「各自わがままに気がついたようですね。」と感想を語る。内観テープに関心を示し、他のテープも聞きたいと言うため、以後、外来を受診する度にテープを貸すことにし、合計4本のテープを聞いてもらった。8ヶ月目、「私の物事の受け取り方に問題があるのでしょうか？」と内省的な発言や、「私はちょっとしたことがすごく気になる性格で、何か気になると体の調子が悪くなって、薬を飲むと安心するんです。」と自己洞察的な発言がみられる。この頃より治療関係が良くなり、表情も明るくなる。9ヶ月目、夫との口論をきっかけに、内観研修所で集中内観を受けてみたいと語るが、決心がつかない。11ヶ月目、主治医から「体の不調の原因は心理的な問題から来たものだと思います。手術も薬も必要なかったかもしれませんね。」と伝えたところ、患者は反論せず素直に考える様子。13ヶ月目、「再婚してから首とか体が次々と悪くなりました。それまで自由に過ごしていたのが、急

に大きな家に入ったから、それが心理的に影響したんだと思います。」と語る。15ヶ月目、激しい腰痛が出現し整形外科に2週間入院する。異常所見は認められなかったが、一時期コルセットを装着しないと歩けない状態になる。19ヶ月目、排尿障害が増悪する。同月、「私は自分自身に満足できていないんです。一生懸命やってみますから、病院で短期間の集中内観を受けさせてください。」と真剣に語る。

### 集中内観

20ヶ月目、一人部屋に2泊3日の入院をし、入院初日と2日目に集中内観を行った。入院前日は、夜間に気持ちが高ぶり、明け方まで一睡もできなかったとのことであるが、「頑張って内観しようと思います。」と強く決意を語る。無理して内観しなくてもよいことを伝えた上で、内観を始めてもらった。なお、入院初日は内観面接は行わなかった。

入院二日目、午前7時から午後10時まで15時間、1時間半おきに11回面接した。面接は全て主治医が行った。母親と父親に対して内観してもらった。3つのテーマは正しく想起できた。面接時の態度は礼儀正しかった。想起した内容を語る際、泣いたりするようなことはなく、静かに語る。迷惑をかけたことがあまり思い出せなかったが、主治医としては患者の言葉をそのまま謙虚に聞くことに徹した。

以下に、面接時に語った内容を一部紹介する。

「小学校2年生の夏休みの午後でしたが、急に虫歯が痛み出して、昼寝していた母を起こしてしまいました。母は嫌な顔もせず、私の腫れたほっぺたをさすってくれました。当時貴重だった氷を買ってきて、冷やしてくれました。母は、今の私と同じく、再婚でしたから、気苦労が絶えなかったはずです。疲れて眠っていた母を起こしてしまって、申し訳ないことをしたと思います。」

「私は30歳で家を出たんですけど、それ以後めったに家に帰りませんでした。久しぶりに帰ると、母はとても喜んで、私が好きだったおはぎを作ってくれました。母は苦労を口にする人ではなかったんですけど、とても寂しかったん

だろうと思います。そんな母のそばにもっといてあげるべきだったと、とても悔やまれます。」

最終面接の後、二人で座談会を行った。患者は、「私と同じ、再婚という境遇の母について調べて、初めて母の気持ちが解りました。」としみじみ語る。主治医は、内観をやり通せた点を評価した。患者は、「こんなに長い時間、私の相手をしてくださってありがとうございます。」と語る。笑顔が見られる。

入院三日目の朝、「普段考えないことを考えたので良かったと思います。すっきりした気分です。」と語り、晴れ晴れとした表情で退院する。

### 集中内観後の経過

内観終了後、身体症状は著明に軽減した。現在集中内観から16ヶ月目であるが、「内観してからずっと調子が良いんです。」「夫や息子が変わったわけではないのですが、私が気にならないようになりました。割り切って考えられるようになって、ものすごく楽です。」「孫たちがすごくかわいい。」「肩が痛くなくても病院にはかかっていません。代わりに温水プールに行ってます。私はちょっとしたことで妙に気にしてしまう性分なんです。」「他科の薬は担当の先生と相談して減らしていこうと思います。」と語る。

治療者に対する態度は、尊敬する一方で安心して何でも話せるという、穏やかで安定したものとなっている。

なお、現在の処方方は抗不安薬ethyl loflazepate 2 mg/日である。

### 考 察

1) 短期集中内観に求められる治療構造について  
内観療法の基本は集中内観と呼ばれ、1週間の日常生活からの遮断と3つのテーマ（してもらったこと、して返したこと、迷惑をかけたこと）に局限した思考と面接がその中核的な要素である。その結果、被愛事実の発見と自己中心性の打破が達成されるとされ、これまで神経症圏内の著効例は多く報告されている<sup>1)2)</sup>。しかし、竹元<sup>3)</sup>は、集中内観は物理的に強い拘束性を有しており、施設面や指導者の問題をより困難なものにしていると述べているように、集中内観の

適用の拡大は困難である。堀井<sup>4)</sup>は、医療の場における内観の構造に関して、要は静かで遮断された保護的状况が大切であって、基本条件が整えば、場所、時間などの変更の工夫がなされて良いと述べている。村瀬<sup>5)</sup>も、人格陶冶を目的とする内観では、型通りの内観についていけない方にはお引き取りを願うことになるが、療法となるとそういうわけにはいかないもので、内観者の潜在的な力を予想し、できれば見抜いて、一方ではその力を現実化させながら、他方では、その時々の方に応じて内観の構造的条件や接し方をゆるめながら始めていくなどの工夫が必要になってくると述べている。本事例の奏効要因を検討することで、集中内観の短期化とそれに伴う適用拡大が期待できると思われる。

本事例は、入院初日は内観面接は行わず自主的に内観してもらったが、二日目には連続15時間の集中内観を行い、面接は1.5時間おきに合計11回行った。また、面接全てを主治医が行った。この様な濃厚な治療構造が短期集中内観の奏効要因として考えられる。村瀬<sup>6)</sup>も一日の集中内観を多く試みているが、時間は8時間であるが面接間隔は30分おきという高頻度になされており、やはり濃厚な治療構造である。村瀬は、一日の集中内観であってもよい展開への治癒機転となり、その内観体験を後の個人心理療法を通して、現実行動の中に定着させていけると述べている。交叉する見解として、横山<sup>7)</sup>は、外来通院中に一定時間の内観を行うだけの場合は、自己中心性や被愛事実の自覚という知的レベルに留まり、強い情動体験は伴わず、治療的影響は少なくなると述べている。従って、ある程度長時間続けて内観できる治療構造が基本的に重要な要素であると考ええる。

ところで横山ら<sup>8)</sup>は、病院で集中内観を行う場合、主治医が直接指導する方が導入も治療効果も良いと述べているが、本事例も、外来での長期の緩やかな導入と15時間11回に及ぶ集中内観の面接まで、全て主治医が行っており、そのことが治療効果を高めることになったと思われる。なお村瀬<sup>9)</sup>は、治療者とクライアントの関係が内観の進展、深まりの大きな要因であり、内観が深まるのは、治療者の心の深さと幅の広さ、鋭

さ、ということを抜きには考えられないと述べている。

## 2) 短期集中内観の導入までの条件について

竹元<sup>9)</sup>は、内観療法の場合には、直接患者が抱えている悩みや症状とは少しもかわりのないように思われる過去の体験を、しかも一見極めて道徳的・倫理的的色彩を帯びたテーマに沿って振り返り、その上その事実を指導者に懺悔する形を取ることは、患者の心理として大きな抵抗を生ずることは必至であろうと述べている。鈴木<sup>10)</sup>は、心身症の患者に集中内観を実施するにあたって、なぜ内観しなければならないかという動機づけをするのが困難であると述べている。これらの問題に関して、横山<sup>11)</sup>は、集中内観を行う前の予備面接の重要性について指摘しているが、対人関係を中心とした面接の中で、その患者の対人関係の病理性を真正面から取り上げないで、むしろ周囲の人の好意や愛情など健全な面に注目させ、患者の他者への陰性感情を少しでも緩和させ、この面接と平行して内観に関する書物もすすめることが大切であると述べている。そして、集中内観に導入するまでの条件として、横山<sup>7)</sup>は、それ以外の精神療法的治療手段で、患者と治療者の間に共感的な治療関係ができていくことが必要であると述べている。本事例は集中内観導入までに20ヶ月を要しており、その間に支持的精神療法によってある程度治療者・患者関係が成立していたことが、短期間での効率を高める要因であったと考える。またその間、患者が自発的に内観テープを聞いていたことや、患者が自己に満足できないと自覚し、自発的に集中内観を希望したことも、ひとつの要因であったと考える。

内観テープの聴取について、三木<sup>12)</sup>は、利点として、1) 内観の仕方の要領がつかめる、2) 内観的思考様式に素直に従える（他の内観者があそこまで素直に自分の悪かった点を話すのだから、私も自己防衛せずに全てさらけ出そう等）、3) 内観のヒントを得る（類似の経験を思い出す等）、4) 内観への動機づけを高める（内観して好結果のあがった例を知って励みとなる）などを挙げている。一方欠点として、1) 内観への動機づけを低める（抵抗を喚起したり、とて

もあそこまで自分は内観できないと絶望するなど)、2) 洞察の先取りをする(テープで聞いた他者の洞察をあたかも自分の洞察であるかのようにみなし報告する等)などを挙げている。本事例では患者がテープに関心を持ち有効であったと思われるが、内観テープの適用に関しては慎重に事例を見極める必要があると思われる。

集中内観の適用時期として、横山ら<sup>8)</sup>は、対人関係の歪みがみられ、患者自身がある程度その点を自覚するか、自己改革の必要性を自覚するようになった場合を挙げている。青木<sup>13)</sup>は、患者が自分の対人関係のあり方が自分の苦しみや問題の原因である可能性を理解し、その上で自分の今までの対人関係を整理するものとして内観療法を位置づけたとき、内観療法はより自然に患者に体験され、一層治療的に働く可能性が出てくると述べている。そういう観点においては、本事例の集中内観導入のタイミングは良かったといえる。

### 3) 集中内観で形成される治療者・患者関係について

村瀬<sup>9)</sup>は、集中内観において主条件と副条件とは密接に関連しあいながら作用しているので、主条件だけを見ていては本当の流れはわからないことになる」と述べている。そして村瀬<sup>14)</sup>は、内観者と指導者との関係が内観そのものにとって一次的であるといえるか、二次的という方が適切であるのか答えられないが、この問題を素通りして内観を研究することも語ることも許されないと述べている。そして、面接の仕方が原則としてほとんど画一的ともいえるほど没個性的な点に、内観が他の心理療法と大きく異なる特徴があることは事実であるが、現実に非日常的な状況に孤立せしめられた実習者が、自分の最も内面の暗い部分と直面させられ、表明を求められるのであるから、1週間約120時間に及ぶ長い時間に交流できる唯一の他者である指導者に対して様々な感情を抱かないはずはないと述べている。従って、治療者・患者関係のあり方は内観療法の奏功機序において重要な要素であると思われる。

本事例は集中内観を契機に治療者・患者関係が好転し、治療者を尊敬する一方で安心して何

でも話せるという穏やかで安定したものとなった。洲脇ら<sup>15)</sup>も、内観療法により軽快した摂食障害の事例を報告しているが、集中内観後の変化として急激に好転した訳ではないが、よく話し、閉じこもった暗さがなくなり、主治医の指摘にも理解を示すようになったとのことであり、本事例とよく似た変化が起きていると思われる。

横山<sup>16)</sup>は、内観療法が進むにつれて、患者は治療者の中に母、父等内観テーマの対象人物をオーバーラップさせつつ、面接時には治療者に許しを乞い許容されたと感じる。同時に治療者はそのような患者の感情をそのまま受容し、患者は自分が治療者に包み込まれるような、自分のありのままの姿を出せる素直な感情が生まれる。このような人間関係が形成されることが重要であると述べている。

青木<sup>13)</sup>は、内観の治療構造自体が安心感や保護的な働きを与えると述べている。2時間おきに現れる治療者との対話、患者の言動をとがめたり責めたりしない治療者、内観する場合は、治療スタッフに温かく見守られた場、安心できる保護された場として体験されるであろう。この内観の場の持つ治療的な働きは見逃すことは出来ないと述べている。

### 4) 情動体験と治療効果について

本事例においては、内観面接を行ったのはわずか一日15時間であって、通常の一週間の集中内観の過程において体験されるであろう強い情動体験には至っていないにもかかわらず、症状は著明に改善している。情動体験と治療効果の関係について、竹元<sup>17)</sup>は、治療効果は必ずしも内観の内容に比例するものではないと述べている。川原ら<sup>18)</sup>は、神経症圏に対する内観療法の効果を調べた結果、深い内観にもかかわらず十分な治療効果が得られなかった症例や、浅い内観であったにもかかわらず著効を示した症例があったと報告している。堀井ら<sup>19)</sup>は、浅い内観者の予後が悪いとは限らず、むしろ断酒会などでより内観的な発言をするものがあり、内観の深さと言葉の表現のずれがある場合もあると述べている。西ら<sup>20)</sup>は、非行中学生に集中内観を行ったところ、形式は一応整っているものの、ほとんど罪の意識や反省の感情を伴わない表面的な報告に終始

したが、内観直後の座談会では、「内観前は悪い人間だったのが、良い人間に変わっていくような気がする。」と語り、実際にその後問題行動がほとんどなくなった事例を報告している。従って、あまりに情動体験の深さにこだわる必要はないと思われる。そういう観点において、集中内観の短期化は治療上許容できるものとする。

なお、集中内観における情動体験の役割については、著者も充分その重要性については認める立場である。横山<sup>21)</sup>は、自らの集中内観の体験を振り返って、集中内観で体験したものは、内観の初めのいろいろな抵抗を乗り越えて、やっと内観が深くなったときの大きな感動の体験と、その後の比較的冷静で淡々と内観を進めることが出来たこの変化であると述べている。そして、内観で泣くことは決して内観の深さを示す指標ではないものの、本当に内観が深くなるのは、そのような感動的体験を経過した後であると述べている。

ところで奥村<sup>22)</sup>は、考えというものは感情を伴わないものはないので、物を考え、ある出来事を考えれば、それに対して感情が起こるのは当然であり、静けさの中で父とか母とか恩になった人達のことをひたすら考えていると、同時にそういう感情の盛り上がりが起こってくると述べている。また、奥村は、「してもらったこと」「して返したこと」「迷惑をかけたこと」すでに

この3つの言葉が非常に意味のある言葉であって、迷惑をかけたことを考えるということはすでに本人は気付かなくても自己本位を離れた考え方であり、相手の立場を考えている、そして事実を発見すれば自責感は当然起こってくると述べている。従って、内観の効率を高めるような条件さえ整えば、短期集中内観においてもそれなりの情動体験に到達し得ると考える。

## ま と め

- 1) 難治性の身体化障害の女性患者に短期集中内観を行ったところ、身体症状の著明な改善が見られた。また、集中内観後の治療者・患者関係は、治療者を尊敬する一方で安心して何でも話せるという、穏やかで安定したものとなった。
- 2) 短期集中内観が奏効した直接的要因として、連続15時間の集中内観を行い、面接は1.5時間おきに合計11回という濃厚な治療構造であったこと、主治医が内観の導入から面接まで全て一人で担当したことなどが考えられる。
- 3) 短期集中内観が奏効した補助的要因として、導入までの外来通院で治療者・患者関係がある程度確立していたこと、あらかじめ患者が自発的に内観テープを聞いていたこと、患者が自発的に集中内観を希望したことなどが考えられる。

## 文 献

- 1) 村瀬孝雄 (1987) 内観研究の現状と課題。日本内観学会大会論文集, 10, 2—12.
- 2) 笹野友寿, 渡辺昌祐 (1994) 無断離院をきっかけに集中内観を導入したヒステリーの1症例。精神医学, 36, 1049—1056.
- 3) 竹元隆洋 (1981) 病院における内観療法。日本内観学会大会論文集, 4, 3—10.
- 4) 堀井茂男 (1983) 医療の場における内観—内観法の構造的改良—その1。日本内観学会大会論文集, 6, 8—11.
- 5) 村瀬孝雄 (1994) 第17回大会・シンポジウム・コメント。日本内観学会大会論文集, 17, 27—28.
- 6) 村瀬嘉代子 (1997) 短期集中内観の技法。村瀬嘉代子編, 子どもと家族への援助—心理療法の実践と応用, 金剛出版, 東京, pp 209—221.
- 7) 横山茂生 (1992) 医療と内観—内観療法を基礎にした精神医療。日本内観学会大会論文集, 15, 65—67.
- 8) 横山茂生, 吉田周逸, 小林建太郎, 山本博一 (1982) 精神療法としての集中内観法の導入について。日本内観学会大会論文集, 5, 77—79.
- 9) 竹元隆洋 (1984) シンポジウム—内観導入をめぐる—内観導入。日本内観学会大会論文集, 7, 11—16.

- 10) 鈴木仁一 (1980) 内観療法の適応と限界について—心身症の立場から. 日本内観学会大会論文集, **3**, 16—17.
- 11) 横山茂生 (1979) シンポジウム—内観への導入をめぐって. 日本内観学会大会論文集, **2**, 41—41.
- 12) 三木善彦 (1980) 内観の「浅い」者と「深い」者の比較. 日本内観学会大会論文集, **3**, 44—46.
- 13) 青木省三 (1992) 一般的精神療法と内観療法. 日本内観学会大会論文集, **15**, 62—64.
- 14) 村瀬孝雄 (1984) 内観法による人格改善過程についての覚え書. 吉本伊信編, 悩みの解決法—改訂版, 内観研修所, 大和郡山, pp 71—82.
- 15) 洲脇 寛, 堀井茂男 (1979) 神経性無食欲症患者の内観療法. 日本内観学会大会論文集, **2**, 11—11.
- 16) 横山茂生 (1994) 内観療法における治療者・患者関係について. 日本内観学会大会論文集, **17**, 23—25.
- 17) 竹元隆洋 (1990) 内観療法における治療の終結について. 精神療法, **16**, 224—230.
- 18) 川原隆造, 木村秀子, 長沢 宏 (1992) 神経症圏に対する集中内観療法の効果. 日本内観学会大会論文集, **15**, 106—109.
- 19) 堀井茂男, 馬場浩一, 児玉昌純, 藤田英彦 (1991) アルコール依存症と内観療法. 日本内観学会大会論文集, **14**, 97—101.
- 20) 西 明美, 竹元隆洋, 毛利良子 (1983) 非行中学生 2 例に対する内観療法の効果. 日本内観学会大会論文集, **6**, 57—60.
- 21) 横山茂生 (1980) 私と内観. 吉本伊信編, 内観の体験, 内観研修所, 大和郡山, pp 74—78.
- 22) 奥村二吉 (1976) 内観について思う. 岡山大学医学部神経精神医学教室年報—昭和50年, 1—13.