

## 内観療法を行った精神遅滞の 1 症例

笹野 友寿

軽度精神遅滞者に対して内観療法を行った経験を報告する。症例は23歳の女性で知能指数は62であった。視覚障害、聴覚障害などの解離性障害と心因性失神がみられ入院となったが、衝動的に離院するなど治療を要する行動障害もみられた。支持的精神療法が無効であったため集中内観を導入した。集中内観によって情動が安定し、解離性障害、心因性失神および行動障害は消失し退院となった。退院後、ふたたび集中内観を行い就職するに至った。治癒機転としては、集中内観によって両親をはじめ周囲の人から愛情を受けて現在に至ったという事実気づいたこと、内省の方法を具体的に身につけたこと、治療者を信頼できるようになったこと、集中内観をやり遂げたという達成感を感じたことなどが考えられた。この事例から、精神遅滞者に対しても内観療法は有用であることがわかった。

(平成8年10月23日採用)

### A Case of Mental Retardation Treated by Naikan Therapy

Tomohisa SASANO

Naikan therapy, a method of psychotherapy which developed out of the asceticism of Mahayana Buddhism in Japan, was introduced into the treatment of an inpatient. The patient was a 23-year-old female with mild mental retardation who had significant impairment of behavior requiring treatment. She presented with dissociative anesthesia of vision and audition and psychogenic syncope. When she felt displeasure she always ran away from the hospital ward without notice. After she ran away the last time, she expressed regret for troubling so many people and said she felt she was being sinful. Therefore, she agreed to the therapists proposal of five days of intensive Naikan therapy. Generally, patients undergoing Naikan therapy are told to be introspective from morning to night about mercy, service and guilt in relation to the persons closest to them. Since she had expressed ambivalent feelings of dependence and aggression toward her father, she was ordered to meditate on her relations with her father. She meditated deeply. On a scale of introspection ranging from -3 to 6 points she was at 1 point at the start of the Naikan therapy and at 3 points at the end. After the Naikan therapy her dissociative symptoms disappeared and she did not run away from the hospital ward again. Therefore, she was discharged. Her introspection gradually became shallow with time, reaching a low level two months after the Naikan therapy. Ten months

after undergoing the Naikan therapy, she felt disgusted with her immaturity and spontaneously requested Naikan therapy, and received it again for seven days intensively. As a result, she arrived at her deepest level of introspection and was soon able to get a job for the first time. Thirty-two months after the first Naikan therapy and 22 months after the second course of therapy, the level of her social adjustment is still good. To our knowledge, this is the first report of a case of mental retardation treated by Naikan therapy. (Accepted on October 23, 1996) *Kawasaki Igakkaishi* 22(4): 287-294, 1996

**Key Words** ① Naikan therapy ② Psychotherapy  
③ Mental retardation ④ Dissociative disorder

### はじめに

内観療法<sup>1)</sup>が精神療法として認知されたのは1960年代後半であるが<sup>2),3)</sup>,近年欧米にも普及しつつある<sup>4)</sup>。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)してあげたこと、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1週間過ごし、起床から消灯まで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したがって上記3項目を調べるものである。そして想起した内容を1～3分かけて治療者に話すのである。

通常ははじめの1～2日はなかなか内観が深まらないものである。しかし、3～4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が次々と直面する。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、精神遅滞者に対して適用された論文は著者の知る限り過去にはなく、適用の可能性が示唆されていたにすぎない。著者は視覚障害、聴覚障害などの解離性障害と衝動的に離院するなどの行動障害がみられる軽度精神遅滞者に対して内観療法を行い、その後の治療的展開を好転させることができたので、考察を加えて報告する。

### 症 例

女性, 20代前半  
診断 (ICD-10):  
F70.1軽度精神遅滞, 介助あるいは治療を要するほど顕著な行動障害

F44解離性知覚麻痺

F48.8心因性失神

病前性格：内向的，強情，わがまま

精神病負因：なし

家族背景：

父；両親が離婚したため祖母に引き取られ育てられた。子供が生まれてから独立し町工場を経営するようになった。気管支拡張症と肝炎のため入院を繰り返している。神経質。患者に対しては過保護。他人に対しては礼儀正しい。

母；両親が離婚したため父親に引きとられ育てられた。謙虚。患者に対する夫の過保護が問題であると感じている。

姉；5歳年上。医療関係の専門職をしている。患者に関しては自己中心的な性格に問題があると感じている。

弟；1歳年下。家業の手伝いをしている。家族思い。

生 活 史

地方都市で町工場を営む家庭に育つ。子供の頃から過保護で育ち特に父に甘えていた。小学校時代，身体的に虚弱な弟に母の手がかかっていたことをひがむ気持ちが強かった。小・中学校は普通学級に通っていたが，成績は悪かった。登下校は父に車で送り迎えをしてもらっていた。友人関係などで問題が起きるとその都度父が担任と相談していた。高3の2学期に入院したため，出席日数が不足したがなんとか卒業できた。入学試験を受けずに短大に入学した。単位が足らなかったがなんとか卒業できた。短大卒業後は就職せず自宅で過ごす。

治 療 経 過

①発病から入院まで

X年9月(高3)，運動会の応援団で踊りが覚えられなかったことから失立状態となり，近くの一般病院に3ヶ月間入院し軽快する。

X+2年6月(短2)，自動車学校に通ってい

たが実技がうまくできなくて自宅で興奮する。それ以降，思うようにならないことがあると衝動的に家を飛び出したり，時には失神するようになる。情動不安定が続くため10月から精神科に通院開始するが症状は不変であった。

X+5年10月(22歳)，当院に転医。初診時の心理検査では，WAIS検査はF. IQ=62 (V. IQ=72, P. IQ=67) と軽度精神遅滞，MMPIは413867290-5 (6:9:14) で，異常域に入るものはなかったが全体が上昇し，基礎性格が未熟で，自己中心的，自己愛的で，依存的な傾向があり，判断力に乏しく，非社会的あるいは反社会的傾向があるとの結果であった。対人関係において，些細なことでも非常に悪意にとり，そのことを指摘されるとますます不機嫌になる傾向がみられ，失神や過呼吸発作が時にみられた。

②入院後の経過

X+6年2月(23歳)，症状が不変のため当院に入院。「景色が急にかすんで見えなくなる」「耳が急に聞こえなくなる」と訴える。治療方針としては，主として生活史を聞きながら支持的に接するように心がけた。薬物はスルピリド150mg/日を投与した。

入院後の心理検査では，MMPIは138'42679 (4:16:6) で前回と同じプロフィールであったが，心気傾向(Hs)，ヒステリー傾向(Hy)，思考・行動の分裂傾向(Sc)が異常域に入っていた。

入院後，毎日のように失神を繰り返し体を揺さぶられても起きなかった。病棟内で不愉快なことがあるとすぐに父に電話し，父の説得に反応して余計に興奮するパターンがみられた。5月頃から主治医に対して反抗的な態度が目立つようになる。そして，無断離院を繰り返すようになる。時には病院から100km以上離れた自宅までタクシーで帰ってしまうこともあった。無断離院後も反省のそぶりは全くみられなかった。

6月末にも無断離院し院外から病院に電話し「誰も私をわかってくれない」「死にたい」と言う。興奮状態で帰院し「主治医にしかられた」

「看護婦さんが話を聞いてくれない」などと攻撃的に言う。しかし、3時間ほど付き添っているうちに落ち着いてきて、何度も謝りながら「治療を続けてください」と言う。

そこで、主治医は集中内観を提案し同意を得た。

### ③集中内観5日間の経過

集中内観の基本的な取決めに関しては、昼過ぎの個室を使用し、風呂、洗面、トイレ以外は外出を禁止し、電話、面会、他患との会話は禁止した。内観に関する読書や録音テープを聴くことは自由とした。面接は主治医が行い、朝から夕まで約3時間おきに1日4回訪室した。期間は患者の集中力の限界を考慮して5日間とした。生活史からは父との関係が密接で思い出しやすいと考え、父に対して内観してもらうことにした。

#### 1) 2日めの午前まで

「内観してどうなるの?」「こんなことして意味があるの?」「死にたい」と述べ、表情は暗く食事がほとんど進まない状態である。ただし、3つのテーマについて相手の立場から自分を見ることができている。想起するエピソードは豊富である。初日における内観の深まりを竹元<sup>9)</sup>の内観評点基準(-3点~+6点)に照合すると1点と判定できた。

#### 2) 2日めの午後

「冷静に考えることができるようになりました」とか「私にぴったりのことが本に書いてあるんです」と述べるようになる。面接の後に主治医の集中内観の体験談を話すと大変興味深げに聞く。夕方の面接の後から消灯までの間は、熱心に内観に関する本を読んだりテープを聞いている姿が観察される。

#### 3) 3~4日め

「最後までがんばって内観します」と内観に対して意欲的な態度を示す。そして、「内観に関する本を他にも読みたいので貸してください」「他の内観のテープも聞いてみたいんです」と言う。食欲も回復し、笑顔も見られるようになる。

#### 4) 5日め(最終日)

「心配をかけていた自分がよくわかりました」「内観で考えたことをすぐにでも父に話したいんです」と述べる。集中内観終了後「体が軽くなったような気がします」と述べる。表情は明るい。最終日における内観評点は3点と判定できた。したがって、集中内観過程で+2点の変化が認められたことになり、熱心に内観したことがうかがわれた。

### ④集中内観後の経過

集中内観後は素直な態度になる。解離性障害や行動障害などの症状は消失する。集中内観後も熱心に日常内観を行っている。集中内観から1週間後、「内観してだいぶん考えが変わって、父のことも母のことも考えられるようになりました」「母に対して日常内観したんですが、それで母にも会ってみたいくなっているんです」と述べるため外泊を許可した。外泊は安定して過ごせた。帰院してから「両親に内観について説明したら『いい体験をしたね』と言ってくれました」とうれしそうに話す。ただし、9月頃から集中内観の効果がやや希薄になりかけてきたのか、外泊中に両親に対して攻撃的となることがあったが、主治医に対しては信頼し尊敬する態度が続いた。10月末に退院となる。

11月、語学学校に行ったが、ついていけず夜間興奮し翌朝健忘を残す。そして、10日間左手首が屈曲状態となり、「今まで何もうまくいったことがないんです」と一時的に仰うつ病的になる。翌X+7年(24歳)には比較的安定してくる。友人と会ったり、編み物教室や自動車学校のペーパードライバー用の教習課程に通うようになる。2月には車を買ってもらい行動範囲が広がっていく。ただ、父の過干渉は続いており、外出から帰りが30分遅れると「普通の体でないのに危ないだろう」と患者が寝るまで繰り返す。このような状況について、「私に問題があるのはわかっているんですが、父に対していらいらするんです」「そんな私はなんと程度が低い人間だろうかと思えます」と自己の未熟性に対する嫌悪感を述べ、「もう一度内観したいん

です」と述べる。そこで、内観専門施設を紹介しそこで内観をするよう勧めた。

X+7年5月、「内観に行ってきました」と内観中に録音したテープ3本を持参する。前述した内観専門施設で1週間の集中内観を受けたとのことであった。テープの内容から察すると、入院中の集中内観以上に深く内観できたようであった。診察室での態度は未熟さが消えていた。なお、録音テープを3本とった理由について聴くと、「1本は私が将来何か困ったときにこのテープを聴いてみようと思うんです」「2本めは両親に聴いてもらおうと思うんです」「そして、3本めは先生に差し上げますのでどうか聴いてください」と述べる。

6月、患者にとっては初めての仕事であるが、商店でアルバイトをはじめ。採用時の面接では大変礼儀正しく好印象を持ってもらえたとのことであった。そして、「毎日とても良くて両親も喜んでいます」と述べる。7月から会社で事務のアルバイトを始める。9月、職場のいじめにあい過呼吸発作が起り退職するが、10月から別の会社の事務員となる。11月、以下のような内観的内容の近況報告を主治医に届ける。

『・・・毎日周りの方に助けていただきながら、なんとかやっています。みなさん私よりだいたい5年上の方ばかりですので、ほんとうに手とり足とり教えていただいています。ほんとうにありがたいと思っています。・・・家の者もみなよろこんでくれています。家族の愛を強く感じる事がよくあります。私は本当に幸せ者だなあと思います。・・・』(以上手紙から抜粋)。この時点で内観評点は5点と判定できる。

X+8年3月(25歳)、職場の対人関係に悩み退職し4月から別の会社に勤務するようになる。6月に父が入院したため看病でいそがしくなり、8月を最後に当院への通院を中断する。10月、父死亡。

X+9年2月(26歳)、久しぶりに外来を受診し、現在も農業試験所で仕事を続けていること、気分は落ち着いているが時々過呼吸になることなどを穏やかに話して帰る。以後、外来は受診

していない。X+10年、秋結婚。

## 考 察

### ①集中内観の導入について

問題行動を伴う症例に対して集中内観を導入する場合に、横山<sup>6)</sup>は、患者側からみた場合一方的に反省を強いられるように映らないよう注意すべきであると述べている。また、青木<sup>7)</sup>も、悪いことをしたから内観を受けなければならないと受け取られる可能性があるため、その導入に際しては、十分な説明と導入時期の慎重な検討が必要であると述べている。本症例の場合主治医に対する陰性感情が強く、無断離院が繰り返されるようになったことから、主治医はこの状況を打破するには集中内観が適しているのではないかと考えていた。しかし、導入時の動機づけが困難なことから約1ヶ月間ちゅうちょしていた。

内観療法の適用について、横山<sup>6)</sup>は、内観療法に導入するまでに、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。しかし、横山ら<sup>8)</sup>は、消極的適用として、それまでの精神療法的アプローチが期待通りの効果がみられぬ場合も挙げている。本症例の場合には無断離院という形での問題行動が頻発していた。したがって、集中内観への導入の消極的適用の基準は満たしているといえる。

また、横山ら<sup>8)</sup>は、内観療法の適用として、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。本症例の場合、無断離院した後「こんなにたくさんの人に迷惑をかけて私は最低の人間です」と内省を示し、また「治療を続けてください」と主治医との治療関係を続けたいという意志表示をした。したがって、この点に関しては本症例は適用の基準を満たしているといえる。

なお、結果的に、本症例の場合には集中内観を導入したことが、その後の治療的展開を大き

く好転させたといえる。横山<sup>9)</sup>は、それまでの治療があまり有効でなくても、集中内観中の1日数回の頻回で熱心な治療者の面接とある程度の自分と他者との人間関係の評価の見直しとによって、内観終了後に新たな治療的展開が始まる場合もあり得ると述べている。本症例はこのようなケースに該当するといえる。

### ③集中内観の治療効果について

本症例の場合には、集中内観後に視覚障害、聴覚障害などの症状は消失し、行動障害も消失した。集中内観前後で内観評点は1点から3点まで上昇しており、これは竹元<sup>5)</sup>のアルコール依存症を対象とした研究に照合すると上位10%に入っており、内観は深まったといえる。しかも、その後集中内観を再び体験し、内観評点は5点まで上昇している。したがって、本症例においては内観療法が奏功したといえる。

川原ら<sup>9)</sup>は、右半身の疼痛と粗大振戦を呈するヒステリーに対する集中内観の効果は著効であったと報告している。また、石田<sup>10)</sup>も、集中内観の原法または変法によるヒステリーの治療効果は、3例中全例が著効を示したと報告している。このように、集中内観はヒステリー(解離性障害)に対しては極めて効果的な場合があると考えられる。

なお、本症例は知能指数が62の軽度精神遅滞である。吉本<sup>11)</sup>は、知能指数が50は50なりに、60は60なりに内観できると述べているが、本事例においてもそのことは立証されたといえる。精神遅滞者に対する内観療法の適用について具体的に報告した文献は、著者の知る限り過去にはないが、本症例の場合言語性IQが72と比較的高かったことが内観療法が奏功した理由と考えられる。したがって、精神遅滞者に内観療法を適用する場合、言語性IQが比較的高いケースが成功しやすいと思われる。なお、吉本<sup>11)</sup>は、精神遅滞者に対しては面接の回数を増やすことを提唱しているが、本症例においては主治医の面接が1日4回と少なかったが、病院において集中内観を行う場合はさほど回数を増やさなくてもある程度有効であるといえる。その際、洲脇<sup>12)</sup>

は、内観療法では患者—治療者間の転移を直接的には治療のうで利用しないので、複数の治療者で面接を行う可能性が大きいと述べており、看護婦を含めた他の治療スタッフを面接者に加えても良かったかもしれない。

ところで、吉本<sup>13)</sup>は集中内観の時間については、病院での患者の場合には午前中に3時間、午後は4時間というように毎日7時間で良いと述べている。そして、その場合でも治療者の規格にあてはめようとしなくて、あくまでも本人の根気に従ってついて行くという姿勢が一番大切であると述べている。鈴木<sup>14)</sup>も、治療者は完全を期待せず人それぞれに合ったゴールを決めてやる必要があると述べている。本症例は軽度精神遅滞であることから、集中力の限界を考慮して集中内観の期間をあらかじめ5日間と設定したが、そのため結果的に脱落が防げたのかも知れない。

ところで、吉本<sup>11)</sup>は、半年に1回程度集中内観を行えば内観の成績が上がると述べているが、本症例も病院での集中内観から10ヶ月後に、自己の未熟性に嫌悪感を感じた患者が、2度めの集中内観を内観専門施設にて体験している。持参した録音テープを聞いた限りでは、入院中よりも深い内観をしたようである。内観評点は、1点からスタートして最終的には5点まで上昇している。そして、その後まもなく生まれてはじめて仕事に就くことができ、多少の不応感を感じながらも仕事を続け、最終的には結婚するに至っている。川原ら<sup>9)</sup>は、神経症15名に対する集中内観の効果を調べた結果、12名は著効を示し、2~19ヶ月間(平均12.6ヶ月間)の追跡調査の結果そのうち9名(60%)は治療を終結することができたと報告しているが、本症例においては、治療終了時点は第1回の集中内観から32ヶ月後、第2回の集中内観から22ヶ月後であり、予後は良好であったと考えられる。

### ④集中内観の治癒機転について

本症例の場合には、集中内観後約2ヶ月間は内省的思考が持続しその後次第に薄れていったが、無断離院などの問題行動はそれ以後消失した。

その理由として、集中内観を当初の予定通りやり通せたという自己に対する自信と、主治医や両親から誉められたという満足感が挙げられる。青木<sup>7)</sup>は、内観をやり遂げたという達成感が、繰り返す失敗によって自暴自棄的な行動が誘発されるという悪循環を断つ働きがあると述べている。

また、本症例の場合は、内省的思考は薄れていったにもかかわらず、主治医を信頼し尊敬する態度は続いた。そして、それは2度めの集中内観の原動力であったように思われる。洲脇<sup>15)</sup>は、患者は治療者に対して先達あるいは師としてのイメージを抱きやすいと述べているが、安岡<sup>16)</sup>は、治療者を慈父のごとく神のごとく信頼し尊敬し、その治療者の信念や考え方を取り入れようとする態度は、陽性転移であると述べている。北見<sup>17)</sup>は、集中内観直後の高揚した心的状況には、多かれ少なかれ陽性転移性治癒機制が働いていると述べている。また、安岡<sup>16)</sup>も、それは内観を深化し促進する意味では有益なものであると述べている。三木<sup>18)</sup>も、治療者-患者関係におだやかな陽性転移が形成されなければ内観は進まないと述べている。

転移現象の取扱いについて、北見<sup>17)</sup>は、精神分析療法以上に無意識心理過程への深い退行が生じやすい状況とみられる集中内観における治療者-患者関係のあり方には、精神分析療法に準ずる配慮が必要になると述べている。ただし、洲脇<sup>12)</sup>は、内観の治療場面においても転移現象は出現するが、内観では直接転移の問題を取上げ解釈することはせず、徹頭徹尾自力による内

観を求めていくと述べている。また、三木<sup>18)</sup>は、内観療法では強い転移関係は必要でもないし形成もされないと述べている。三木<sup>19)</sup>は、治療者の役割は内観療法の主体は内観者自身であることを認識させることであり、内観者自身の問題や苦悩に対しては直接の解決策を与えない。そして、このような一見つき離れた厳しい応対は、内観者が治療者に依存することを断ち切ると述べている。また、巽<sup>20)</sup>は、内観は基本的信頼感の再確認による潜在的分離不安の克服を通じ、自我拘束からの開放を促すとともにその弊害に基づく心身の不調和の解消を期すべく、しくまれていると述べている。なお、安岡<sup>16)</sup>は、転移現象が内観からの逃避や脱落をもたらす抵抗として現れるならば、そのことを患者に理解してもらう必要があるが、原法をしっかりと維持すればそうした転移現象の意味と意義をしっかりと認識できるようになると述べている。したがって、原法遵守は内観療法過程で生じる転移現象に対し、それを担保するものとして、あるいはその歯止めとして重要な役割を担っているといえる。

なお、原法の本質が何であるかは議論の余地があるが、3つのテーマに局限した面接こそ原法の本質であると著者は考える。したがって、この本質が守られるならば、原法のその他の部分は事情に応じて修正して良いと考える。

稿を終えるにあたり、北陸内観研修所にて集中内観をご指導下さいました長島正博先生に深謝いたします。

本研究の要旨は第17回日本内観学会(1994年、鹿児島県指宿市)において発表した。

## 文 献

- 1) 吉本伊信：内観四十年，東京，春秋社．1972
- 2) 洲脇 寛，横山茂生，竹崎治彦：内観療法の研究．精神医学 11：707-711，1969
- 3) 横山茂生，洲脇 寛：内観をおこなった強迫神経症の一例．精神療法研究 1：16-22，1969
- 4) 石井 光：第1回内観国際会議．大和郡山，内観研修所．1995
- 5) 竹元隆洋：アルコール依存症に対する内観療法．内観研究 1：61-70，1995
- 6) 横山茂生：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 15：65-67，1992
- 7) 青木省三：一般的精神療法と内観療法．日本内観学会大会論文集 15：62-64，1992
- 8) 横山茂生，吉田周逸，小林建太郎，山本博一：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, 1982

- 9) 川原隆造, 木村秀子, 長沢 宏: 神経症圏に対する集中内観法. 精神医学 35 : 713-720, 1993
- 10) 石田六郎: 内観分析療法. 精神医学 10 : 478-484, 1968
- 11) 吉本伊信: 内観の方法と実践. 「内観療法」(奥村二吉, 佐藤幸治, 山本春雄編), 東京, 医学書院. 1972, pp23-39
- 12) 洲脇 寛: 内観療法. 「高校生と内観」(吉本伊信編) 内観研修所, 大和郡山, 1974, pp242-253
- 13) 吉本伊信: 内観への招待. 大阪, 朱鷺書房. 1983
- 14) 鈴木仁一: 内観併用絶食療法の手技とその効果の実態. 心身医学 22 : 452-458, 1982
- 15) 洲脇 寛: 内観と森田療法. 精神療法研究 4 : 24-32, 1972
- 16) 安岡 誉: 治療構造からみた原法と変法. 日本内観学会大会論文集 14 : 76-78, 1991
- 17) 北見芳雄: 夢分析からみた内観過程についての一考察(2). 日本内観学会大会論文集 6 : 62-64, 1983
- 18) 三木善彦: 内観療法における指導者. 季刊精神療法 5 : 242-249, 1979
- 19) 三木善彦: 内観療法における指導者の役割. 日本内観学会大会論文集 2 : 5, 1979
- 20) 巽 信夫: 内観療法-その心的転回のしくみと臨床的活用-. 臨床精神医学 20 : 1015-1021, 1991