

第114回日本精神神経学会学術総会

教育講演

内観療法の基礎から応用まで

塚崎 稔 (医療法人清潮会三和中央病院)

内観療法は、森田療法と同様にわが国独自の精神療法である。その治療構造や治療者と患者との関係性は、東洋的思想にその基盤をおいている点で西洋由来の精神療法とはかなり相違がある。さらにわが国の精神療法、心理療法の源流は西洋からの理論、技法が大半を占めていることから、わが国において内観療法は臨床の場に普及が進んでこなかった。その理由の1つに、内観療法がもつ治療効果に関する作用機序が十分に説明されてこなかった点がある。内観療法にはどのような仕組みがあって、それが患者にどのような作用の仕方をしているのか、治療構造の意味や治療者・患者関係について、臨床医に理解できるような言語化が必要である。もう1つの理由は、内観療法の体験や研修の場、つまり内観療法を学ぶための研修システムがいままで確立されていなかったことである。研修医が新たに精神療法を学ぶには研修の場が必要不可欠である。日本内観学会は、2018年度から内観研修制度ならびに資格認定制度を実施している。この制度化によって、内観療法の理解と活用が深まることを期待している。現代の内観療法は、認知行動療法や心理社会的療法の側面以外にも、心身医学領域やカウンセリングにも広く応用されている。近年は、マインドフルネスとの共通点も指摘されている。諸外国に目を向けると、内観療法は徐々に認知されてきており、その応用範囲は医学領域を超えて普及してきている。わが国における内観療法の発展が期待される。

<索引用語：内観療法，内観法，内観研修，東洋的思想>

はじめに

内観療法のルーツは吉本伊信（1911～1988）が開発した内観法にある。内観法とは、吉本が体験した「身調べ（mishirabe）」という浄土真宗に伝わる精神修養法に改良を加えてその宗教色を払拭し、誰にでも体験できるようにした自己観察法である²²⁾。1968年頃には想起内容として内観3項目（してもらったこと、して返したこと、迷惑をかけたこと）が吉本によって考案され、現在の内観原法といわれる型が完成した。この頃、医学・心理学領域に内観法が応用され始め、精神療法として

用いられたものを「内観療法」と称する⁵⁾。

内観療法は、他の精神療法と比較して治療構造や面接法が定型化され、非常にシンプルに構成されており、治療者（面接者）は内観療法を体験すれば技法的には定型的な面接は可能である。しかも、1週間という短期間で患者に心的変化が期待できる特質をもっている。

I. 内観療法の治療構造の特徴

内観療法の治療構造は外枠的構造と内枠的構造からなり、極めて構造度が高くセッティングされ

第114回日本精神神経学会学術総会＝会期：2018年6月21～23日、会場＝神戸国際会議場、神戸国際展示場、神戸ポートピアホテル

総会基本テーマ：精神医学・医療の普遍性と独自性——医学・医療の変革のなかで——
教育講演：内観療法の基礎から応用まで 座長：堀井 茂男（慈恵病院）

ていることが特徴である。外枠的治療構造は一定の空間的条件(屏風による外部からの情報遮断)、時間的条件(朝6時から夜9時までの15時間、1週間継続する)からなる。対象者(母、父、その他)に対する自分を、幼児期から現在まで年代を3年ごとに区分して、内観3項目の課題に従いながら過去の事実だけを客観的かつ多面的に反復想起する(内枠的治療構造)。これを「集中内観」という。この間、治療者は1時間半おきに患者の面接を行うが、その際報告内容を傾聴するにとどめ、指示や症状についての解釈は与えない(症状不問)。また、患者は想起内容のすべてを報告する必要はなく、自由に選択して短く報告する。この想起内容の選択は患者に委ねられていて、課題連想探索法と呼ばれる¹⁰⁾。この治療構造によって転移、逆転移が起こりにくく患者自身で抵抗、防衛を処理できるように工夫されている。一方、日常生活のなかで一定の時間をとって内観することを「日常内観」という。吉本は、集中内観を「電柱」にたとえると日常内観は「電線」に相当し、日々の生活のなかでいかなる逆境に遭遇しても他者への感謝、報恩の気持ちを持ち続けるために日常内観の大切さを説いた²²⁾。ここに吉本の実践家としての知恵が垣間みられる。

II. 内観療法の発展過程

内観法の歴史は他に譲るとして、ここでは日本における内観療法の発展過程を概観する。精神療法としての内観療法が確立され、患者に適応されるまでには、多くの研究者や臨床家たちの試行錯誤があった。その過程を3期に分けて解説する。

1. 導入期 (1960年代～)

内観法を創始した吉本は、1968年頃から岡山大学精神科(奥村二吉教授)、東京慈恵会医科大学精神科(新福尚武教授)、九州大学心療内科(池見西次郎教授)をはじめ鳥取大学、大阪大学などの精神医学・心身医学教室で内観法の講演を行い、医学者や研究者の内観法への関心が高まった²²⁾。医学研究者ではない吉本の講演内容は非常にわかり

やすく、かつ西洋医学を学んでいた大学の研究者にとって非常に示唆に富む興味深いものであった。

内観法を初めて治療法として臨床の場に応用したのは、福島県で開業していた石田六郎である。石田は精神分析医でもあり、42歳の女性ヒステリー患者に集中内観を行い、劇的な症状の改善に至らしめた。その後、石田は自律訓練法、催眠療法、内観法を組み合わせた内観分析療法を提唱し、神経症患者に応用、その効果を論文に発表した²⁾。

2. 発展・普及期 (1970年代～1990年代)

吉本の医学・心理学領域への熱心な講演活動や石田の論文から、内観療法に関心のあった研究者たちは、治療構造がシンプルでしかも短期間で大きな効果が期待できる内観療法を応用し始めた。それは、内観療法が日本文化から生まれた精神療法であり、日本人に受け入れられやすい側面をもっていたからかもしれない。一方で、西洋の治療戦略では長期の治療期間が費やされていたこと、また、近年の複雑化した社会構造のなかで発症する不安障害、高齢社会における慢性疾患や症状が遷延化する病態に対応するうえで、症状除去を優先する西洋医学では限界があった。内観療法はそのような時代の要請に応えるように治療技法の改良(内観変法)が行われるようになった。

岡山大学精神科出身の堀井は、心因性疼痛に対する絶食内観療法を試み良好な成績を上げている¹⁾。川原らは神経症圏の患者23例に対して内観療法を試み、16例(70%)に著効であったと報告している⁴⁾。田代らは、遷延性うつ病に対する内観療法の有効性を報告し、10例中6例に内観療法が著効したとしている¹⁹⁾。精神科開業医である高口は、高齢者に対する身体内観をわかりやすい説明で患者に応用している。自分の手や足、内臓に対する内観をすることで、自己身体の客体化が起こり、身体への感謝が生まれ、慢性的な疼痛やこだわりが解消していくという⁸⁾。一方、喜多、巽らは、病者を取り巻く家族病理の研究から家族、特に両親に対する内観療法を行うことで、家族構

成内の情緒的交流や母性・父性の回復、夫婦間の葛藤が解消され、結果として子どもの問題行動の改善がみられることを報告した。内観原法の技法は拘束性が強く、自我状態の脆弱な児童・思春期症例には導入が困難な場合があり、家族内観の有用性は評価されている^{7,20)}。竹元はアルコール依存症に対して内観療法を導入し、大きな成果を上げ病院内で内観療法システムを作り上げた¹⁷⁾。さらにこの時期には Reynolds, D. K. によって、北米に内観療法が紹介された¹⁵⁾。

3. 成熟期（2000年代～）

内観療法がうまくいけば驚くほどの変容が患者に起きることを、治療者はしばしば経験する。そして、集中内観後の日常内観の継続が症状の再発予防となる¹⁶⁾。しかし、治療構造度の高い集中内観の技法を日常の臨床のなかで実施することは極めて困難である。そこで、内観療法が適応と考えられる患者に遭遇した場合、医療機関から内観研修所といわれる宿泊型の集中内観を実施する施設（多くは日本家屋で畳のある家庭的な雰囲気である）へ紹介する手順がある。日本内観研修所協会に所属する内観研修所は、現在全国に10数カ所存在し、その面接者は後述する日本内観学会認定資格を有している。今後、医療機関の主治医と内観研修所の所長間で十分な連携がなされることで内観療法が普及していくことが望まれる。

2002年8月に横浜で開催された第12回世界精神医学会（WPA）大会で、内観療法に関するシンポジウムが企画された⁶⁾。2013年にはわが国の内観療法に関する臨床報告が英文誌で紹介され、世界の医学者の注目を集めた³⁾。特に、上海精神衛生中心の王祖承らによって中国全土に内観療法が普及し evidence-based medicine (EBM) としての内観研究も進んでいる²³⁾。また、近年では瞑想法としての内観の効果が注目されている¹⁴⁾。現在、日本精神神経学会専門医制度において、精神科専門医が理解すべき日本の精神療法として、森田療法とともに内観療法が位置づけられている。

Ⅲ. 内観療法の作用機序

——認知の変化と情動の変化——

川原は、内観療法の心理的变化は認知の変化と情動の変化であると説明する⁵⁾。内観療法の過程で、まず患者に起こる変化は認知の変化である。過去の出来事が事実に基づき再認識として自覚され、客観的な現実的認知へと修正がなされる。その認知の修正は幼少期に遡り行われる点特徴である。内観療法におけるもう1つの変化は情動の変化である。相手から「してもらったこと」と相手に「して返したこと」の事実の想起から、患者に被愛事実が認識される。一方、他者への加害の事実を想起することから自己本位を自覚し罪悪感が生じる。内観療法では、この被愛事実と自己本位の発見は必ず表裏一体として現れて、まったく相反する矛盾を含んでおり、内観過程でその矛盾が拡大された結果、今までの自己が崩れ新しい自己が発見される。この過程において自覚する罪悪感というものは、必ず被愛事実を支えられていて罪悪感だけが孤立した体験として存在しない。竹元は、これを現実的開放的罪悪感といった¹⁸⁾。一方、病的な罪悪感には他者に対する被害的感情が内在している点で区別される。

このような内観療法における認知の変化と情動の変化は、それぞれが単独で起こるものではなく、認知の度合いは、感謝の喜び、報恩の情熱、身体感覚の自覚などの情動の深化によって深い知的理解が得られる。一方、情動の深化は過去の記憶に基づいた合理的な考えの修正によって促進される。情動の深化がなければ、単なる表層だけの知的理解になり、認知の修正がなければ内観は一過性の感動表出に終わってしまうのである。

患者が語る記憶は、表層的な認知の水準ではなく、例えば運動会のときに母親とつないだ手の温もり、自宅の庭でおんぶされた父親の背中への広さ、一緒に遊んだ川のせせらぎ、海水浴の波の音というように具体的な、しかも断片的な記憶であることが多い。さらに内観が深まると、乳児期に養育者と共有した心地よい情動体験が色や音、人物の形、皮膚感覚のような、より心の深層に存在

する身体感覚と入り交じって湧水のごとく想起される(村瀬は、こうした言葉にならない最も根源的な記憶を「根の記憶」と呼んだ¹²⁾). 同時に、数十年前の記憶であるにもかかわらず生き生きと知覚され、強い情動を伴って体験され意識化される。大脳生理学的に言えば、意識化していない断片的な記憶が、内観3項目という辞書に沿って前頭連合野による統合が行われ、新たな記憶(物語り)として再構築されていく。

IV. 内観療法の適応

内観療法が有効と考えられる病態として、次のようなものが考えられる。①患者の生育歴において、幼児期からの周囲の人間関係(特に両親など)に起因する精神的葛藤をもち、②他者に対して攻撃的・他罰的心性から未熟な情緒反応を示し、自己中心性(我執)に悩んでいる。③その結果、社会不適応、身体症状、不安・抑うつ症状が遷延し薬物療法のみでは軽快しがたい。いずれも過去の想起が可能な疾患であって、それが困難な器質性疾患(重度の認知症など)や自我機能が著しく低下した精神疾患(重度の統合失調症、急性期のうつ病)などは不適応と考えられる。内観療法は、現在までの多くの研究による知見からさまざまな精神疾患に応用されている。

V. 内観面接者の養成と訓練

内観療法の発展過程からわかるように、精神医療・臨床心理学領域でその応用範囲が広がるに従い、内観療法の適応、介入方法、内観原法の改良である内観変法の応用、内観過程に起こる変化や内観面接技法などをどのように学習していくのか、専門的な研修システムの構築が必要となってきた。内観療法は、その治療構造度が高く、治療者は定型的な面接法を学ばばよいとされるが、内観の進展がうまくいかない場合、患者の立場からすると、治療者の指示的態度、非受容的姿勢、非共感的言葉遣いが現れ、内観の進展に影響を及ぼし、治療者が無自覚に内観の構造から逸脱してしまうおそれがある。内観療法はあくまでも相手の

立場に立って自己を見つめる精神療法であることを忘れてはならない¹³⁾。それを防ぐためには、治療者自身が治療構造の意味や患者・治療者間に起こる変化を理解する訓練が必要であろう。しかし、内観療法を実践している医療機関は極めて限られており、したがって研修の機会がほとんどないのが現状である。

真栄城は、内観療法の治療者の研修法として、ブラインド・アセスメント法を取り入れた養成研修を行っている⁹⁾。研修生自身が内観をすると同時に、指導者に陪席して治療者の態度や所作を身につける訓練をする。それによって治療者は複眼的視点から自己を観察することができる。日本内観学会では、この訓練法を参考に内観研修制度のなかに、指導者に陪席して面接技法を学ぶ内観実習を取り入れている。そして、一定の訓練過程を終了した者には、学会認定の資格を授与する認定制度を2018年から実施している。今後、内観療法が広く国内外に応用されていくうえで、この面接者の研修システムの構築が重要な課題となってくるだろう。

VI. 現代の内観療法

現代の内観療法は、次のような内観変法、簡易化が主流で外枠の治療構造のない治療環境のなかで実施されている。

1. 外来内観療法¹⁸⁾

日常内観の応用といってもよい方法で、集中内観に抵抗を示す患者にも導入しやすい。外来内観療法の治療期間は1クール8週間を基本とし、内観3項目のうち、最初に「してもらったこと」から想起する点を患者に説明する。治療の目標は、症状の除去よりも症状を受け入れながら自己治癒力を促進させ、健康な日常生活を維持することであり、そのことを患者とともに考えていくことに重点をおく。外来内観療法の治療ステップを以下に示す。

1) 初診時

患者に治療方法を説明し、動機づけを行う。治

療者は、患者の悩みを共感的に受け止め、患者の言動・態度を尊重する姿勢が重要であり、患者との信頼関係の構築に努める。

2) 治療1週目, 2週目の面接

どの患者においても、基本的には母親（あるいは養育者）から「してもらったこと」のみを想起するよう指示する。この場合、対話形式で患者と会話しながらの共同作業を行う。「してもらったこと」の想起はできるだけ具体的な事実に沿った内容であるように助言し、患者から語られた内容に共感するように努める。親への恨みや陰性感情が強い場合は、調べる対象者を他の身近な近親者に変えてもよい。

3) 治療3週目, 4週目の面接

「してもらったこと」の内容を患者自らが記録する「記録内観」を宿題形式で毎日実施する。過去の具体的事実を調べていくうちに「貧しいときに、母は私を塾に行かせてくれた」「私の誕生日に母がケーキを手作りしてくれて、とても嬉しかった」というような具体的な感想が述べられる。多くの人たちから支えられてきたことを実感し、患者は他者からの愛情体験を発見する。その結果、患者は被愛感と他者への感謝を自覚し、他者を肯定的に受け入れることができるようになってくる。

4) 5週目から8週目の面接

5週目からは記録内観の記述内容として、母親から始まり、父親、兄弟など年代順に相手から「してもらったこと」に加えて、相手に対して「して返したこと」と「迷惑をかけたこと」の内観3項目を事実在即して、毎日調べるように指示する。

5) 1クール終了後の面接

内観3項目の記録内観を終了後は、通常の外来における支持的精神療法を行いつつ、内観的なものの観方（相手の立場に立ち、客観的にものごとを観る）ができるようフォローアップし、再発を認めなければ治療終結とする。

2. 内観的認知療法 (Naikan-Based Cognitive Therapy : NBCT)²¹⁾

内観的認知療法とは、内観的思考を身につけ内

観的認知を獲得するための治療技法である。内観的思考とは、①物事を善か、悪かという価値判断をせず、事実から考える、②内観3項目という視点から対象者を限定して自分の注意を対象者へ向ける、③抽象的ではなく具体的に考える、④自分の立場ではなく、相手の立場から考える、という思考様式のことである。これを意識的に繰り返し練習していくことによって内観的認知が獲得され、症状の再発予防に有効である。

NBCTの治療構造は、集中内観のような空間的・時間的条件、内観療法室という環境条件など外枠的治療構造は存在しない。NBCTプログラムにおいては、心理教育的技法を活用して集団の枠のなかで、内観3項目という内枠的治療構造を支える仕組みを作っている。NBCTの適応となるのは、入院治療を終了し外来あるいはデイケアへ通院している主にうつ病、不安障害、統合失調症の寛解期にある患者である。

プログラムはNBCTインストラクターが実施する。インストラクターは医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士などで構成され、このなかから1名のリーダーを決める。教材として、NBCT用ワークシートを使用する。初回面接後、第1セッションから始まり、第9セッションで終了する。各セッションでは内観の対象者を設定する。主要なテーマの対象者に対する自分を内観3項目に限定して想起を促す。最終セッションは第1セッションから第8セッションまでの「NBCT用ワークシート」を各自で見直し、NBCTの感想、気づきなどを自由に語り合いながらシェアリングする。1セッションにかける時間は1時間45分とする。これを週1回実施し、1クール約2ヵ月間とする。

おわりに

わが国における内観療法の発展には、常に多くの内観実践家や内観研究者の創意工夫改良があった。彼らは、患者の自我の状態や病像などに合わせて、柔軟に内観療法の型に改良を加え応用してきた。内観療法が広く一般の臨床に受け入れられ

るための課題として、三木は、①内観の日数、時間、面接時の作法など外枠的治療構造の柔軟化、②内観の中核的概念である「罪悪感」を再評価し、「自己中心性の自覚」という一般的に受け入れやすい概念への変更を提唱している¹¹⁾。これは内観3項目のうち、「迷惑をかけたこと」の想起に道徳的、倫理的抵抗感が一般的に存在するからだろう。このような変法に対して、治療者は内観療法がもつ治療効果に関する作用機序の明確化、つまり内観療法にはどのような仕組みがあつて、それが患者にどのような作用の仕方をしているのか、治療構造の意味や治療者・患者関係について理解しておくことが必要である。さらに内観療法を理解するだけでなく、内観療法の体験や研修の場、つまり内観療法を学ぶための研修システムの確立も必要であろう。今後、内観のもつ多様性と内観療法の発展に期待したい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 堀井茂男, 藤本康之, 高田広之進ほか: 心因性疼痛の絶食内観療法. 内観研究, 1; 73-87, 1995
- 2) 石田六郎: 内観分析療法. 精神医学, 10; 478-484, 1968
- 3) Japan Naikan Medical Association, Japan Naikan Association: Naikan Therapy: Techniques and Principles for Use in Clinical Practice. Daido Gakkan, Fukuoka, 2013
- 4) 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
- 5) 川原隆造: 内観療法の臨床一理論とその応用一. 新興医学出版社, 東京, 1998
- 6) 川原隆造: 内観療法の国際化の現状. 精神経誌, 105 (8); 988-993, 2003
- 7) 喜多 等: 一分裂病症例の家族内観療法—精神科医の立場から—. 内観研究, 1; 33-40, 1995
- 8) 高口憲章: 身体内観—自分の身体を内観の対象とすること—. 内観研究, 4; 67-73, 1998
- 9) 真栄城輝明: 内観面接者の養成と訓練. 精神療法, 36 (3); 44-49, 2010
- 10) 真栄城輝明: 精神療法の発展と時代精神の変化内観療法の場合. 精神療法, 39 (2); 33-41, 2013
- 11) 三木善彦: 内観療法の現在および今後の展開と課題. 精神療法, 40 (1); 92-96, 2014
- 12) 村瀬孝雄: 内観—理論と文化関連性—. 誠信書房, 東京, p.217-222, 2007
- 13) 長山恵一, 清水康弘: 内観法—実践の仕組みと理論—. 日本評論社, 東京, p.189-203, 2006
- 14) Ozawa-de Silva, C.: Mindfulness of the kindness of others: the contemplative practice of Naikan in cultural context. Transcult Psychiatry, 52 (4); 524-542, 2015
- 15) Reynolds, D. K.: Naikan therapy: an experiential view. Int J Soc Psychiatry, 23 (4); 252-263, 1977
- 16) Sengoku, M., Murata, H., Kawahara, T., et al.: Does daily Naikan therapy maintain the efficacy of intensive Naikan therapy against depression? Psychiatry Clin Neurosci, 64 (1); 44-51, 2010
- 17) 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; 61-71, 1995
- 18) 竹元隆洋: 「外来内観療法」が奏効したうつ病の1例—内観療法を日常診療に生かす新技法—. 内観医学, 16 (1); 37-44, 2014
- 19) 田代修司, 細田眞司, 川原隆造: 遷延性うつ病に対する内観療法: 集中内観による心理的变化と長期転帰について. 精神経誌, 106 (4); 431-457, 2004
- 20) 巽 信夫: 「家族と内観」その今日までの歩み—癒しとしての立場から—. 内観研究, 1; 3-11, 1995
- 21) 塚崎 稔: 内観的認知療法の技法と実践. 内観医学, 18 (1); 13-19, 2016
- 22) 吉本伊信: 内観法—四十年の歩み—. 春秋社, 東京, 1989
- 23) Zhang, H., Li, C., Zhao, L., et al.: Single-blind, randomized controlled trial of effectiveness of Naikan therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia over a one-year follow-up period. Shanghai Arch Psychiatry, 27 (4); 220-227, 2015

From the Basics to the Practical Use of Naikan Therapy

Minoru TSUKASAKI

SANWA central hospital

Naikan therapy is a method of psychotherapy that was created based on original Japanese culture, as was Morita therapy. The method of treatment, and relationship between the doctor and patient in Naikan therapy are different from those in Western therapy in that they are based on oriental thought. Furthermore, Naikan therapy has not been used in clinical practice in Japan because most Japanese psychotherapy practices are based on the theories and techniques introduced from the West. There are two reasons for this. First, the mechanism of the therapeutic effects of Naikan therapy has not been sufficiently explained. We have to verbalize the method of treatment in Naikan therapy, and the relationship between the doctor and patient, as well as what the mechanism is and what influence it has on patients in order for doctors to understand. Second, the training system for Naikan therapy was only recently established. It is necessary for doctors to relearn psychotherapy methods. We plan to implement the Naikan training system and accreditation system from this year. We hope that these systems will help doctors understand and use Naikan therapy.

The present Naikan therapy is widely applied not only as cognitive behavioral therapy (CBT) or psychosocial therapy, but also in psychosomatic medicine and counselling. Currently, Naikan therapy is considered to have common factors with mindfulness. Outside of Japan, Naikan therapy has become recognized and used beyond the medical field. We hope that Naikan therapy will spread in Japan.

< Author's abstract >

< **Keywords** : Naikan therapy, Naikan method, Naikan training, oriental thoughts >
