

# アルコール依存症者の内観療法

岡山大学医学部神経精神医学教室（主任：大月三郎教授）

堀 井 茂 男

（昭和61年11月27日受稿）

**Key words :** アルコール依存症

精神療法

内観療法

予後調査

## 緒 言

アルコール依存症はそれが単にアルコールの問題ではなく、アルコールと身体、精神、家族、社会そして経済的問題の複雑な絡まりの結果であるが故に、その治療の困難性は依然として続いている。もちろん、いくつかの治療的試みがなされてはいるのであるが、それにも拘らずしばしば再発をみるのが現実であり、より有用な治療法が各地で模索されている<sup>17, 30, 57)</sup>。

一方、アルコール依存症患者（以下「ア」症者とする）に対する精神療法は精神分析療法<sup>44)</sup>、催眠療法<sup>43)</sup>、森田療法<sup>39)</sup>、また行動療法<sup>4, 64)</sup>として嫌悪療法（エチメンやアポモルフィン使用）や抗酒剤（ジスルフィラム、シアナマイド）を利用したものなど<sup>7, 8)</sup>が報告されている。これらの報告の中にはそれほど有効でないものもあるが、ここで報告する内観療法は「ア」症者に有用な治療法として期待され普及しつつある精神療法の1つである。

「ア」症者への内観療法の適用は、昭和42年頃より岡山大学医学部神経精神医学教室、慈恵病院で開始され<sup>48, 55)</sup>、その有効性のためその他の施設でも施行されるようになり、「ア」症者を対象とした発表や報告もいくつかある<sup>13, 34, 58, 59, 61)</sup>。しかし、それらは1年以内の短期予後のみをみたものであり、非内観施行者との比較のないものであり、不十分であると言わざるをえない。本

報告では、入院「ア」症者について内観療法を施行した群（以下「内観群」）と内観療法を施行しなかった群（「非内観群」）の両群を比較調査し、内観療法の有効性を予後的側面からまた心理学的変化から検討する。また代表的内観療法施行者を呈示し、内観療法の心理的過程について考察を加えたい。

## 対象と方法

### 1. 対象と調査方法

対象は、昭和52年9月1日以降に岡山県津山市江原積善会積善病院に入院し、昭和54年8月31日までに退院した「ア」症者66名（延べ88名）で、そのうち明らかに精神分裂病と診断された1名を除く65名（延べ87名）である。これらのうち、内観を施行した「内観群」は31名、内観を施行しなかった「非内観群」は34名であった。

方法として、対象を「内観群」と「非内観群」に分けて各群の一般属性と転帰を比較検討した。転帰については、昭和55年の1ヵ月間の社会適応状況と昭和57年1月から12月の1年間の社会適応状況との2回に分けて、洲脇による6段階評価（表1参照）を用いて調査判断した<sup>49)</sup>。ただしE群、変化の著しい群は該当する例がなく、A B C D および F 群の5群に分けられた。長期社会適応調査時の昭和58年1月には現在状況や断酒会活動、内観に対する考えなどのアンケート調査を行い、その結果も報告する。また、心

表1 社会適応状況の評価

適応群	A群： 満足な適応	社会生活の中断がなく，対人関係も円滑に行われている。 家庭生活も普通以上に保たれている。
	B群： 概して満足な適応	飲酒に関連した社会生活の中断があっても，年間数週間以内であり，対人関係は円滑で概して適応的な社会生活が営まれている。家庭生活も普通以上である。
不適応群	C群： やや不満足な適応	治療前に比較して飲酒行動に改善は見られるが，社会生活はまだ不適応型である。すなわち中断は減じても年間1カ月を越えていたり，対人関係の障害が残存している。家庭生活も不満足なものがある。
	D群： 不満足な適応	治療前に比較して変化が見られないか悪化しているもの，社会生活の中断は年間1カ月を越え，対人関係にも障害が見られる場合が多い。家庭生活も不満足なものが多い。
E群： 変化の著しい群		1年以上の単位で適応パターンの変化が見られる。すなわち，適応型と不適応型の両型が見られる。
F群：死亡群		退院後死亡したもの。

(洲脇 寛, 1975)

理テストの結果についても「内観群」と「非内観群」との比較，内観療法施行前後の比較検討を行った。有意差の検定には $\chi^2$ 検定およびt検定を使用した。なお対象患者は全て筆者の実際の診察の機会を得たものである。また，2回の社会適応状況の変化については「入院アルコール依存症者の予後一特に適応状況の移動について」<sup>16)</sup>を参照願いたい。

## 2. 内観療法と治療プログラム

内観療法は，吉本伊信<sup>68)</sup>が真宗の修業法を改善して一般化したもので，大きく分けて集中内観と分散内観（日常内観）がある。本報告例の内観療法は，全例集中内観を精神療法として使用した。集中内観の原法（吉本原法，奈良内観研修所で施行中のもの）は次のような特徴がある。時間・場所的条件として朝5時起床から夜9時就寝まで屏風に囲まれ壁に向かい，半畳の畳の上に坐して終日過ごし，便所・風呂以外はその場を出ない。もちろん静かで保護的な場所が必要とされる。内観の形式としては，ある対象者について自分が「してもらったこと」「して返したこと」「迷惑をかけたこと」の三点を調べていく。たとえば母に対する自分を調べていく（内観する）とすれば，母に対する上記三点についてどうであったかを小学低学年とか中学時代とか年代別に分けて考えていくのである。内観指導者は約2時間に一度その三点を聞きに行き

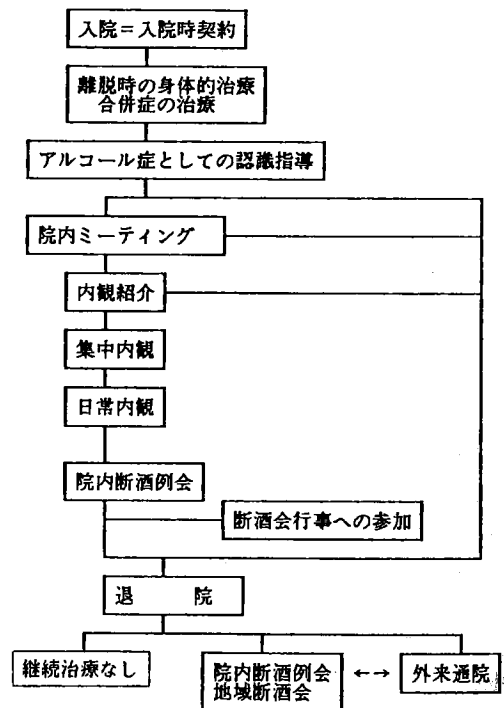


図1 アルコール症治療プログラム  
(津山 積善病院) 1980年

適宜指導するが，「内観をしてもらっている」気持ち忘れてはならないとされる。集中内観は7日間続けられるのが原則である。

本報告例に用いた内観療法は，吉本原法に従

うことを原則とした。場所は開放病棟の比較的静かな畳敷の部屋で屏風を四隅に配し、壁に向かって坐するようにした。時間は毎日朝7時から夜8時までとし、約2時間間隔で訪室し、内観内容の三点を聞き、1週間継続した。内観の指導は、主治医、非常勤医(筆者)、臨床心理士、看護者(男性)の集中内観体験者が行い、時間割り当て(治療計画)は各人の勤務時間の都合などにより決められた。また内観療法導入に際しては、各患者への内観療法の説明を一様にするごととし、あまり強制にならないように一応の注意を行った。

本報告例の治療プログラムは図1に示してあるが、一律的な入院期間の設定や固定のレールを敷くことはせず、内観の施行の可否、集中内観をする場合の計画設定など具体的な治療計画についてはその都度患者本人、治療スタッフ間の話し合いによるごととし、この治療プログラムは原則的なものとした。なお筆者は病棟医、心理士を援助し、ときにスーパーバイズすることとし、内観指導に参画したり、断酒会に出席した。

## 結 果

### 1. 対象者の属性

対象患者の背景については昭和52年9月から昭和54年8月までに入院したその時点の状況で判断し、2回以上入院したものは内観施行時(「内観群」)あるいは上記期間の最も後の回(「非内観群」)のもので判定した。その結果は表2に「内観群」と「非内観群」に分けて示している。全体として見ると、入院時年齢は27歳から72歳までで40歳代をピークにしており、婚姻状況では既婚者が57%、離婚歴を有するものが28%、同居家族のいない単身者が26%、医療扶助率は37%であった。入院期間は、3ヵ月以内が86%とほとんどを占め、そのうち1ヵ月以内が23%であった。

「内観群」と「非内観群」の背景と入院前状況を比較してみると、有意差を認められたのは「非内観群」が「内観群」より高齢者が多かったことのみであった。他の項目では両群の間に有意差を認めなかったが、「非内観群」の方に医療扶助

率が高く、精神科入院歴を有するものが多い傾向があり、「内観群」の方には健康保険本人で入院しているもの、離婚歴のあるものが多い傾向、精神疾患家族負因をもつ率や、社会的逸脱行為を犯した割合の高い傾向があった。また入院期間は1ヵ月以内の退院が「非内観群」に多い傾向があった。退院時の状況は、退院時の断酒意志などの精神状態や家族の協力度で主治医が判定したもので、約半数が良好な状態で退院したと判断されたが、「内観群」と「非内観群」との差は認められなかった。

図2に両群の入院時のMMPI各尺度のプロフィールをグラフで示している。図に見るように、「内観群」の方が精神病質性偏奇(Pd)尺度が高く、「非内観群」には虚構点の高い傾向が認められた。「内観群」の虚構点(L)が「非内観群」より低く、虚飾の度合いが低いことも考えられるが、「内観群」の精神病質性偏奇傾向は高く、問題人格者が幾分多い傾向にあるものと推測された。

### 2. 短期社会適応状況

短期適応状況は昭和55年1月の1ヵ月間の状態、すなわち退院後6ヵ月から2年6ヵ月後の各患者の1ヵ月間の状況について調査したものである。表3に内観の施行の有無別に短期適応状況を示した。全体で見ると社会適応群54%、社会不適応群37%、死亡群9%であった。「内観群」と「非内観群」を比較してみると、「内観群」に社会適応満足群(A群)が多い傾向を認めるものの、「内観群」の社会適応群全体で52%であり「非内観群」の56%より若干少なかったが有意差は認められなかった。これらの点については長期適応状況との関連もあるので後で考察する。

表には示していないが、短期適応状況と一般属性との関連を見てみると、社会適応群が社会不適応群に比べて社会保険本人が多く、被医療扶助者が少なく、社会的逸脱行為のないものが多く(各有意差は $P<0.01$ )、有意差はないが精神疾患家族負因を有する率の高い傾向がみられた。また社会適応群では明らかに退院時断酒意志が良好、外来治療継続、院内例会出席継続、地域断酒会入会継続の比率が高く認められた

( $P < 0.01$ ). 死亡群は社会不適応群と同じ傾向であった<sup>16)</sup>.

### 3. 長期社会適応状況

長期適応状況は退院後3年5ヵ月から5年5ヵ月後の状況, すなわち昭和57年1月から12月までの各患者の状態について調査した. 表4に長期適応状況を「内観群」, 「非内観群」に分けて示した. 全体では社会適応群20名(31%), 社会不適応群19名(29%)で, 短期適応状況と比

べてみると社会適応群が54%→31%と低下していた. その内訳をみると, 社会適応群の満足, 概して満足は同じように低下しており, 社会不適応群ではやや不満足の方が相対的に増えている印象であった. また死亡群が6名→14名と増加していたことも注目された.

「内観群」と「非内観群」別にみると, 「内観群」の社会適応群11名(35%), 「非内観群」のそれは9名(26%)であり, 両群共に比率は下

表2 「内観群」と「非内観群」の属性の比較

項 目		「内観群」	「非内観群」	合 計
年 齢	30歳未満	1 (3%)	1 (3%)	2 (3%)
	30~39	4 (13%)	4 (12%)	8 (12%)
	40~49	21 (68%)	13 (38%)	34 (52%)
	50~59	3 (10%)	7 (21%)*	10 (15%)
	60歳以上	2 (6%)	9 (26%)*	11 (17%)
婚 姻 状 況	既婚	17 (55%)	20 (59%)	37 (57%)
	未婚	3 (10%)	4 (12%)	7 (11%)
	離別	10 (32%)	7 (21%)	17 (26%)
	死別	1 (3%)	3 (9%)	4 (6%)
離 婚 歴	あり	11 (35.5%)	7 (21%)	18 (28%)
	なし	20 (64.5%)	27 (79%)	47 (72%)
同 居 家 族	あり	22 (71%)	26 (76%)	48 (74%)
	なし	9 (29%)	8 (24%)	17 (26%)
保 険	健保本人	13 (42%)	7 (21%)	20 (31%)
	〃 家族	1 (3%)	1 (3%)	2 (3%)
	国民保険	8 (26%)	11 (32%)	19 (29%)
	医療扶助	9 (29%)	15 (44%)	24 (37%)
精 神 疾 患 家 族 負 因	あり	11 (35%)	8 (24%)	19 (29%)
	なし	20 (65%)	26 (76%)	46 (71%)
精 神 科 既 入 院 歴	あり	13 (42%)	21 (62%)	34 (52%)
	なし	18 (58%)	13 (38%)	31 (48%)
社 会 的 逸 脱 行 為	あり	11 (35%)	6 (18%)	17 (26%)
	なし	20 (65%)	28 (72%)	48 (74%)
入 院 時 酌 量	あり	22 (71%)	25 (74%)	47 (72%)
	なし	9 (29%)	9 (26%)	18 (28%)
入 院 期 間	0~1ヵ月	5 (16%)	12 (35%)	17 (26%)
	~3ヵ月	21 (68%)	18 (53%)	39 (60%)
	~6ヵ月	4 (13%)	3 (9%)	7 (11%)
	~1年	1 (3%)	0 (0)	1 (1.5%)
	~2年	0 (0)	1 (3%)	1 (1.5%)
	2年~	0 (0)	0 (0)	0 (0)
退 院 時 酒 欲	良好	16 (52%)	16 (47%)	32 (49%)
	普通	9 (29%)	15 (44%)	24 (37%)
	不良	6 (19%)	3 (9%)	9 (14%)
合 計		31 (100%)	34 (100%)	65 (100%)

\*;  $p < 0.05$

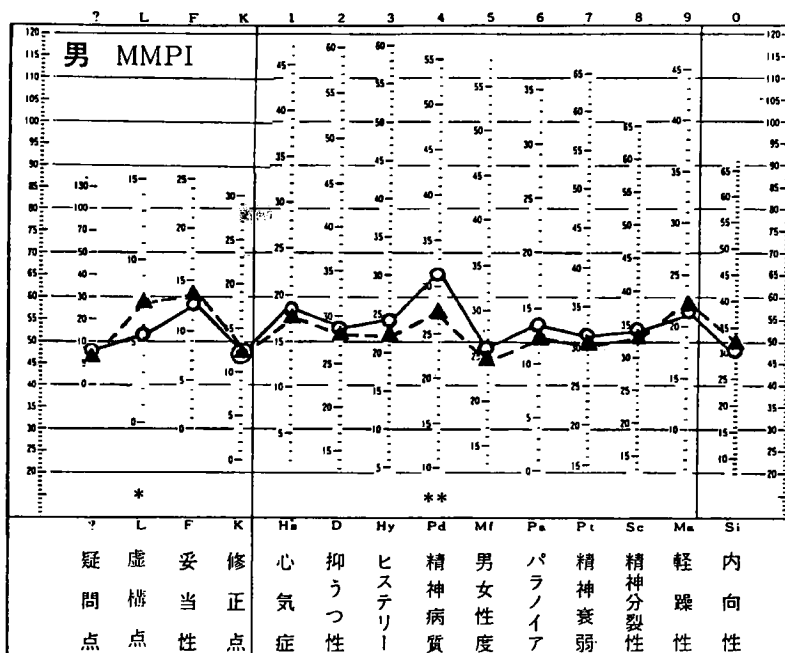


図2 「内観群」と「非内観群」のMMPI

表3 「内観群」と「非内観群」の短期社会適応状況

適応状況		「内観群」		「非内観群」		合計	
社会適応群	A群	10 (32%)	16 (52%)	8 (24%)	19 (56%)	18 (28%)	35 (54%)
	B群	6 (20%)		11 (32%)		17 (26%)	
社会不適応群	C群	2 (6%)	12 (38%)	6 (17.5%)	12 (35%)	8 (12%)	24 (37%)
	D群	10 (32%)		6 (17.5%)		16 (25%)	
死亡群		3 (10%)		3 (9%)		6 (9%)	
合計		31 (100%)		34 (100%)		65 (100%)	

表4 「内観群」と「非内観群」の長期社会適応状況

適応状況		「内観群」		「非内観群」		合計	
社会適応群	A群	6 (19%)	11 (35%)	5 (15%)	9 (26%)	11 (17%)	20 (31%)
	B群	5 (16%)		4 (12%)		9 (14%)	
社会不適応群	C群	2 (6%)	9 (29%)	7 (21%)	10 (29%)	9 (14%)	19 (29%)
	D群	7 (23%)		3 (9%)		10 (15%)	
死亡群		7 (23%)		7 (21%)		14 (22%)	
不明群		4 (13%)		8 (24%)		12 (18%)	
合計		31 (100%)		34 (100%)		65 (100%)	

がっているが、短期適応状況とは逆に「内観群」の割合が高くなっていた。社会不適応群の方は各々9名、10名で比率に差がなく、「内観群」の社会適応群の割合の減少率が少ないという結果であった。死亡群は「内観群」、「非内観群」共に7名と多いが両者の差はなかった。

短期適応状況から長期適応状況への変化について調べてみると、適応状況調査の間（3年間）に、状況の変化のないもの12名、良くなったもの9名、悪くなったもの18名、死亡したもの8名であった。このことから予後状況は一定しておらず、多分に変動する可能性を考慮する必要があると思われた<sup>16)</sup>。

長期適応状況の状態別に、入院時の一般属性、短期適応調査時の治療状況および今回調査時の一般状態をみてみると短期適応状況のときと同様の傾向であるが、離婚歴や医療扶助、精神疾患家族負因の項目の有意差は認められなくなっていた<sup>16)</sup>。

#### 4. 長期適応状況調査時のアンケート結果

昭和58年1月にアンケート調査を施行し、回収率は76%であった。調査項目は、現在の職業、昭和57年1～12月の断酒状況、現在の断酒会活

動、断酒に役に立つもの、内観施行者（「内観群」）にはさらに内観の感想と内観と断酒について回答してもらった。長期適応状況と今回調査時職業と断酒会活動については、表には示していないが、職業を有するもの、断酒会で活動中のものに社会適応群が多かった。就業状況は適応状況の判断に関係しているため職業を持つものに社会適応の良いものが多いのは当然かもしれないが、断酒会活動では活動をやめても（前会員）社会適応の良いもの、小数ではあるが断酒会非入会でも満足あるいは概して満足な適応のものもいた。

表5に示しているように、今回一般状態について「内観群」と「非内観群」とを比較してみると、定職についているものが「内観群」8名、「非内観群」6名、臨時職が「内観群」3名、「非内観群」1名となっており、職についているもの「内観群」11名（55%）、「非内観群」7名（37%）で「内観群」に多い傾向があった。また断酒会で活動中のものは「内観群」7名（35%）、「非内観群」5名（26%）であった。

「内観群」に答えてもらった内観療法の感想と内観療法の断酒継続への効用について、表6

表5 「内観群」と「非内観群」の今回一般状態  
(アンケート調査結果)

項 目	「内観群」	「非内観群」	合 計	
現 在 職 業	定 職	8 (40%)	6 (32%)	14 (36%)
	臨時職	3 (15%)	1 (5%)	4 (10%)
	無 職	2 (10%)	5 (26%)	7 (18%)
	入院中	6 (30%)	4 (21%)	10 (26%)
	その他	1 (5%)	3 (16%)	4 (10%)
	(死 亡)			(14)
断 酒 会 活 動	断酒会役員	2 (10%)	1 (5%)	3 (8%)
	断酒会会員	5 (25%)	4 (21%)	9 (23%)
	元 会 員	9 (45%)	8 (42%)	17 (44%)
	非 入 会	4 (20%)	6 (32%)	10 (26%)
	(死 亡)			(14)
合 計	20(100%)	19(100%)	39(53)* (100%)	

\* ; 死亡者を含めると53名となる。死亡者は%には含めていない。

に長期適応状況別に示した。内観療法の感想では「内観をしてよかった」が12名（60%）で、「内観をしない方がよかった」と答えたものは0名であった。断酒継続への効用については「内観は断酒に役に立つ」が14名（70%）で、内観の感想と同様に内観療法の有用性が示唆された。

内観の感想を適応状況別にみても、「内観をしてよかった」と答えたものは社会適応群それも満足な適応のものも多く、「どちらとも言えない」は社会適応群と社会不適応群が半々であった。「内観をしてよかった」と答えてはいても社会適応状況が不満足なものもあり、内観の効果が単に禁酒だけではないことを窺わせているものと思われた。また内観療法の断酒継続への効用についての返答と予後状況とをみても、「内観は断酒に役に立つ」と答えたものに社会適応群が多い傾向はあるが、同様に答えても社会不適応群の不満足群が4名あり、内観の効用即ち断酒とはならないこともあるという結果であった。

「断酒に役に立つもの」については「内観群」と「非内観群」の両者に答えてもらい表7に示した。断酒に役に立つものとして断酒会や病院外来などを列挙し、役立つと思われるものに○印を付けてもらい（複数回答）、そのうち最も役に立つと思われる項目に◎印を付けてもらった。アンケート調査39名中この項目回答なしが4名あったものの、最も役に立つものとして◎印をつけたものは22名あった。このうち群を抜いて

断酒会が役に立つものとして考えられており、次が断酒学校であった。断酒学校は断酒会活動の一環なので圧倒的に断酒会が役に立つものとして考えられているという結果であった。つまり、断酒会に◎印を付けたものが15名（68%）、断酒学校を加えると18名、◎印をつけた22名中実に82%のものが断酒会を挙げていたということになる。

一方断酒会以外では、内観療法が断酒に最も役に立つ（◎印）と答えたものが1名、役に立つ（○印）と回答したものが8名で、かなり内観の断酒への効果が認められていたことは注目された。また病院長期入院に◎印があったことは、アルコール依存症の治療の困難性を意味していると共に、治療困難者の入院あるいは施設での治療を考え直す必要性を示唆しているものと考えられた。その他の断酒に役立つものとして病院の外来通院も有用なことと思われていたが、保健所や精神衛生センターはあまり役に立つものとして評価されていなかった。また自分で記載してもらった項目では「信用ある人、友人と交際を密に持つこと」とか、「自分の気持の問題」とかがあった。

5. 心理テストの変化からみた内観療法

「内観群」の集中内観前後のMMPI臨床各尺度の変化を図3に示している。例数が6例で少ないが、精神病質偏奇性尺度（Pd 尺度）での低下が認められ、軽躁性尺度（Ma 尺度）も低くなる傾向があった。一方で疑問点がやや高い傾向

表6 内観施行者の内観療法についての考えと長期社会適応状況

適応状況 項目		社会適応群			社会不適応群			合計
		満足	概して満足		やや不満足	やや不満足	不満足	
内の 感 観 想	して良かった	8	5	3	4	2	2	12
	しない方が良かった	—	—	—	—	—	—	0
	どちらとも言えない	3	1	2	3	—	3	6
	わからない	—	—	—	2	—	2	2
断へ 酒の 継続 効用	断酒に役に立つ	8	5	3	6	2	4	14
	断酒とは関係ない	1	—	1	1	—	1	2
	しない方が良い	—	—	—	—	—	—	0
	わからない・その他	2	1	1	2	—	2	4
合計		11	6	5	9	2	7	20

表7 断酒に役立つもの

項 目		合計	「内観群」	「非内観群」
① 断酒会	◎	15	9	6
	○	5	2	3
② 病院外来通院	◎	1	1	0
	○	5	4	1
③ 抗酒剤	◎	0	0	0
	○	3	3	0
④ 内観療法	◎	1	1	0
	○	8	8	0
⑤ 保健所の訪問	◎	0	0	0
	○	1	1	0
⑥ 精神衛生センター	◎	0	0	0
	○	0	0	0
⑦ 断酒学校	◎	3	3	0
	○	10	7	3
⑧ 病院長期入院	◎	2	2	0
	○	5	3	2
⑨ その他	◎	0	0	0
	○	6	4	2
⑩ 役立つものはない	◎	0	0	0
	○	2	1	1
合 計	◎	22	16	6
	○	45	33	12
	◎+○	67	49	18
回 答 人 数		35	20	15

○印は重複回答あり

が認められ、若干防衛的傾向が窺われるが、Pd尺度とMa尺度の低下が集中内観による特徴であると思われた。

「内観群」と「非内観群」の入院時（「内観群」は集中内観前）に施行したMMPIと今回長期適応状況調査時に検査の施行できた症例のMMPI各臨床尺度の推移を図4に示した。同一症例での変化を見ようとしたために症例数が集中内観前後のMMPIと同様に少ないが、「内観群」の変化は図3の内観施行前後のMMPIと似通っており、今回もPd、Ma尺度などが低下していた。「非内観群」は「内観群」と逆にPd、Mf、Pa、Ma尺度などが高くなっていたが有意差はなかった。「内観群」と「非内観群」の入院時

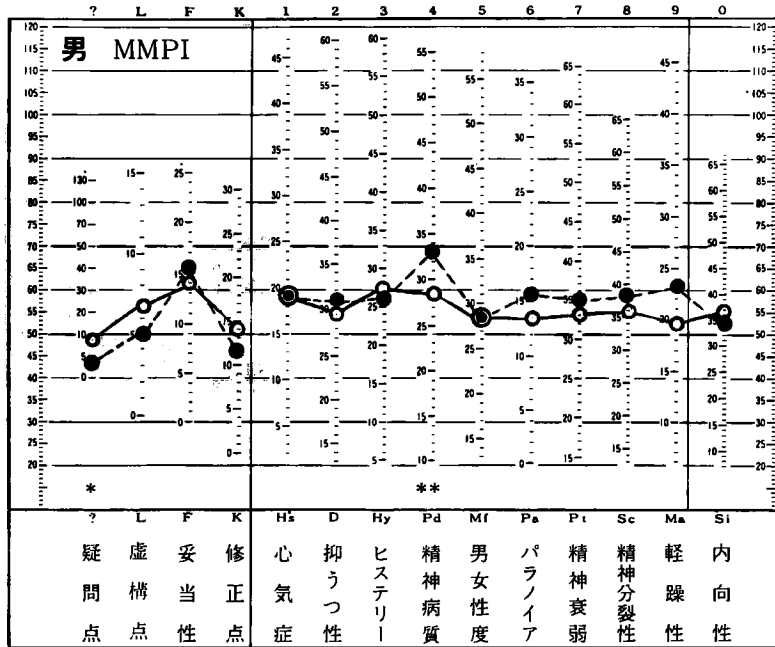
と長期社会適応状況調査時の変化を比較してみると、「内観群」のPd尺度およびMa尺度の低下が集中内観後も続いていることがわかった。言い換えれば集中内観の結果、Pd尺度が下がり、それはまた約3年以上経過しても持続している可能性があるという結果であった。

#### 6. 内観療法施行症例

〈症例1 K.S. 男、入院時40歳〉

家族歴・既往歴：5人兄弟の次男。既婚で子供2人と4人家族。アルコール依存や精神疾患の遺伝負因なく、既往歴は31歳時からの胃潰瘍と肝障害で飲酒に関するもののみ。性格は、妻によると陽性で飲まないときは冗談ばかり言っていたらしい。





●—● 集中内観前 (n=6), ○—○ 集中内観後 (n=6)  
 \* : P<0.05, \*\* : P<0.01 (t検定)

図3 内観療法施行前後のMMPI

生活歴・現病歴：幼少時よりいたずらもよくしており、真面目な生徒ではなかった。某農林高校中退後、自転車・バイクの修理販売を自宅でやっている。飲酒は22歳頃より始め、仲間と無茶飲みをすることがしばしばであった。31歳時胃潰瘍の診断で禁酒をするよう言われたがすぐに再開、37歳のとき肝炎の治療と胃潰瘍の手術で10ヵ月入院。このときは禁酒の指導で数ヵ月やめていた。再飲酒後次第に酒量が増加、昭和52年5月(40歳)には毎日1升前後の日本酒を飲用していた。飲酒時の暴力などはなかった。

大量飲酒が続いていた昭和52年9月、食欲減退、全身衰弱、手足のシビレ感にて某総合病院内科へ入院したところ、入院3日目から手指振戦、異常な言動が出現、振戦せん妄の診断で積善病院入院となった。

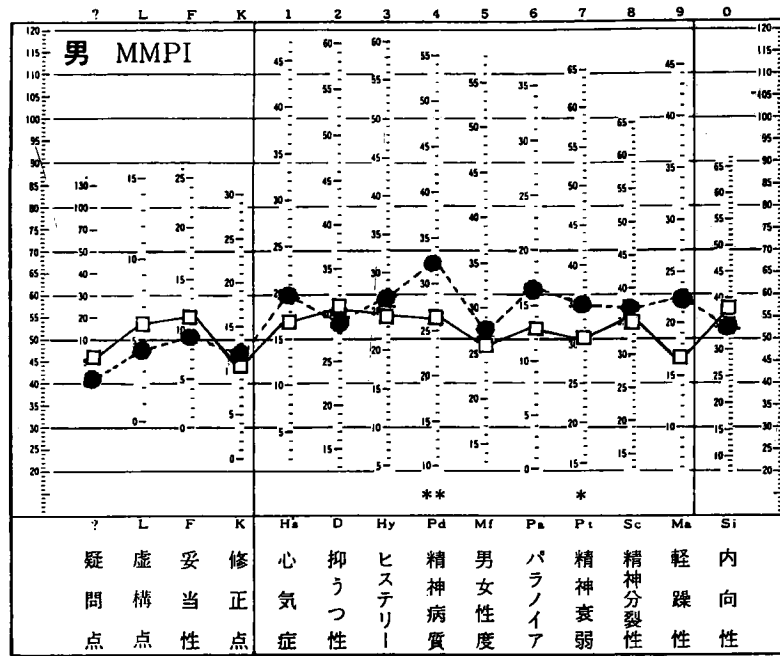
入院時経過：入院時は激しい職業せん妄、幻視、幻聴、発熱を認め、典型的な振戦せん妄と診断された。この幻覚妄想状態は5日間続き、リープマン現象を伴っていた。また末梢神経炎がかなり重篤であり、低蛋白血症などの栄養障

害、貧血なども認められ、しばらくは歩行も不能であった。入院10日目(断酒して13日目)頃より精神状態も落ち着き、「ア」症者としての認識指導、内観導入を行った後内観療法を行った。身体治療も継続しながら院内断酒例会にも出席、退院後は断酒会に入って断酒をするということで約3ヵ月で退院となった。

退院後状況：断酒会会員として病院例会、各地区例会に出席、外来にも通院し、一度の失敗もなく過ごせている。長期社会適応状況調査の昭和57年は地域の支部長として活躍、家庭や仕事の方も問題のない状況が続いている(短期適応状況も長期適応状況も満足)。ただし、身体状況は十分でなく、糖尿病を指摘されて食事療法をしたり、神経炎残遺症状と思われる下肢のシビレ感や脱力感の持続、出没が認められている。

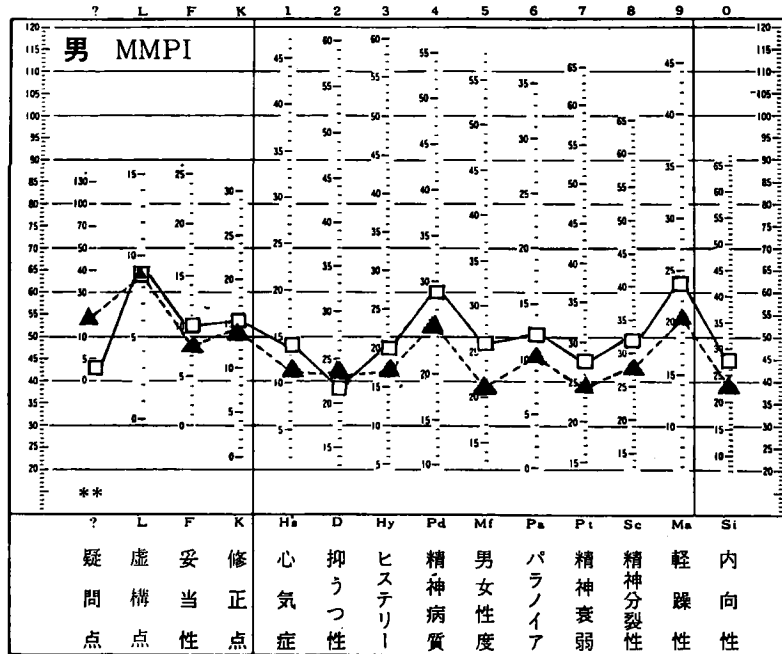
内観療法について：本例には身体状況の回復が十分でない頃から内観を説明し、導入を行った。応答が軽はずみな感じはするが、自分が「ア」症者であることを認め、内観療法に同意したので、入院23日目より集中内観を施行した。内観

図4-1 「内観群」(退院後平均2年10ヵ月後)



●---● 集中内観前 (n=6), □—□ 今回調査時 (n=6)  
 \* : P<0.05, \*\* : P<0.01 (t検定)

図4-2 「非内観群」(退院後平均4年11ヵ月後)



▲---▲ 入院時 (n=3), □—□ 今回調査時 (n=3)  
 \*\* : P<0.05 (t検定)

図4 入院時と今回調査時のMMPIの変化

1日目は表面的、軽薄な感じで、真面目に内観をしているようには見えず、形式面でかなりの注意をする必要があった。2日目も同様で指導者を心配させたが、3・4日目から態度がひきしまり、内観の形式も整ってくると同時に内観内容が自己反省的になり、妻に対する感謝の言葉ができるようになった。しかし面接場面以外は冗談口が多く、どれだけ真剣なのか疑わせる内観ぶりであった。終了後に「内観テープを聞かしてもらって自分が救われると思い、勉強していかねばと思っている」と述べており、外見よりは深い内観であったと考えられた。

本患者は身体合併症を有する「ア」症者で、精神科病院初回入院が非常に衝撃的であつたらしいこと、性格が素直であること、家族が協力的であつたことなどから、内観療法の導入や断酒会の紹介がスムーズに行われ、満足な転帰になったものと思われる。なかでも内観療法が断酒への契機、断酒の意欲を培うのに大きな影響を与えていることが窺われ、それは本患者がアンケート調査で、断酒に役立つものとして断酒会と内観療法をあげていることから推測される。本例は内観中の表面的な態度が実際の内省的断酒生活と空隙のある場合もあることを示しており、注目された。

#### (症例2 M.M. 男, 入院時48歳)

家族歴・既往歴：5人兄弟二人目で長男。兄弟親類には大酒家が多い。性格は温和でお人好しだがよくよ考える方であり、依存的な面と強情な面とがあるという。既往歴は昭和29年に追突にて頸椎捻挫。昭和35年(30歳)時クモ膜下出血にて左内頸動脈結紮術を受け、以後抗けいれん薬の内服を続けている。39歳時左殿部骨折。41歳頃胃潰瘍の手術を受けており、46歳時にはバイクで転倒して頭部外傷(意識消失なし)を受けた。

生活歴・現病歴：20歳頃より飲酒、すぐに習慣的になり1升くらいのむこともあった。バスの運転手をしてしたが、41歳頃胃潰瘍の手術を受けてから体力の自信を失い会社を希望退職した。この頃から酒量が増加し、昭和52年4月にはそれまで抑制されていた意識消失発作が出現するようになった。また理容業を営んでい

た妻との不和が重なり、ついに妻が家出をする状況にまでなった。しかし禁酒ができず、長男の結婚のこともあり、同年9月積善病院を訪れた。

入院時経過：入院時「(酒を) やめにゃいけんと思うがやめられん。僕みたいなつまらん男は放っておいて下さい。死んでもええんじゃけえ……」と自暴自棄的態度を伴った軽度酩酊状態で入院。身体的には軽い頭痛と胸内苦悶を訴え、肝腫大と全身衰弱を示し、検査所見としては、鉄欠乏性貧血、肝機能障害、低カリウム血症を認め、脳波ではクモ膜下出血とその手術によるものと思われる所見、頭部CTでも脳波同様の意味と思われる左半球シルビアン溝拡大、一部中大脳動脈支配領域に連続する低吸収域があつた。入院後せん妄は起こらず、入院11日目より内観療法施行、身体状況も改善し、院内断酒例会にも出席してもらった。入院約1ヵ月、退院時断酒意欲良好、退院時には今後も日常内観(日記内観)を続け、断酒会に出席しながら酒をやめていく約束をした。

退院後状況：抗けいれん剤服用の必要性もあり、外来通院、院内断酒会、地域断酒会への出席状況もよく、経過良好であつたが、昭和53年1月に仕事に就いた頃より、次第にノート内観がおろそかになっていた。同年6月の友人の自殺を契機に反応性の抑うつ状態となり、イライラ、全身倦怠感が生じ、ついにアルコールに手を出して再入院となった(15日間の入院)。54年夏には地域断酒会の分派騒ぎで分派の方に属するようになり、仕事はやめてしまった。昭和55年1月の短期適応状況調査時は断酒はできていても就労できず、発作の発現もあって概して満足程度であつた。その後は断酒会の事務所を引き受け断酒例会にも定期的に出席、また糖尿病のコントロール、狭心症についても医師の指示をよく守り、家庭的にも安定しており、生活状況は満足のいくものであつたと思われた(長期適応状況は満足)。58年7月急に左胸部痛を来し緊急入院、種々の加療を行うも心筋梗塞のため永眠した。

内観療法について：離脱症状がほとんどなく、徹底的になおしたいと病識の認められたことか

ら、入院5日目から内観療法の紹介・説明を行った。入院11日目より集中内観を導入した。本患者は1週間を通じて、静座を持続するのが困難で頻りに詰所に入出し、医師には従順依存的であるが看護者には要求や攻撃をすることがみられた。また面接が長くなる傾向があり、たとえば2日目には面接時終始泣きながら看護者への不満を述べ、主治医が面接にかなりの時間を費やし支持的に接することでなんとか内観を続行することができた。これには場所的な問題(本例は詰所横の保護室を使用)や内観5日目の発熱(感冒症状)が、心氣的で不安の起り易い本患者の性格傾向とともに関与していたものと思われる。

内観の深さの面では、「過去のことを考えると泣けてくる」と容易に涙を流し、「(酒で)身体を壊したこと、お金を無駄遣いしたこと、家族に迷惑をかけたこと……自分の過去がいかにつまらない行動をしたかがわかった」、「酒は絶対に口にしない。妻にはどんな償いをしても償いきれないができるだけ償いたい」と、言葉からはかなりの反省、断酒への意欲が認められた。しかし、上記の行動面、また内観中に聞いたテープと自分の内観を比較して自分の方がましだと言ったことなどからは本患者の自己中心性、未熟性が窺われ、面接時の言葉と実際の行動との不均衡が特徴的であった。

本症例は日常内観の継続が3ヵ月ほどで中断、退院8ヵ月後に再入院した後に再び日常内観(日記内観)を指導した。それから外来でも内観の話題が増え、「甘えていました」、「この前も妻に謝りました」とか、断酒会で意見の相違からの口論があったようなときには「その直後内観したら自分にも責任がある、自分の方が悪かったと思えるようになった。今までならすぐ殴っていただろう。内観していてよかった。」などと述べている。持前の性格から、妻への依存攻撃や断酒会への不満はその後も出沒していたが、その都度乗り越えることができたのは、妻の協力、断酒会の力もさることながら、集中内観と日常内観によるものが大きかったものと思われる。昭和58年1月のアンケート調査で断酒に役立つものとして断酒会を第一にあげ、次いで内観療

法、病院外来通院、断酒学校をあげていた。

〈症例3 S.U. 男、入院時49歳〉

家族歴・生活歴：4人兄弟の次男で末子、祖父が大酒家。小学2年生の時1.5メートル上からコンクリート上に頭から落下、10日間意識不明であった。この影響か読み書きができず、腕白、我侷で虚言癖があり、成績もよくなかった。中学卒業後植木植人として働いていた。飲酒は20歳頃から始まり、家人の財布から金を持ち出したりして困らせていた。結婚歴は3回あり、23、24歳時各1回、25歳時に結婚してからは1女をもうけ比較的安定していたが、41歳頃に飲酒と女性問題で家を飛びだしてからはこれを繰り返す、仕事も不十分で次第に入院が増えるようになり、昭和49年(43歳)に離婚となった。以後兄夫婦が近くにいるものの単身で生活、さらに酒量が増えたという。

既往歴・現病歴：初飲時より問題飲酒傾向あり、35歳頃よりさらにその傾向増大、昭和44年(39歳)に大量吐血で某内科に入院。昭和48年には某単科精神病院に入院。離婚後昭和50年に某内科へ入った。その病院の紹介で県外の精神科病院に入院したが9ヵ月後無断離院。その後同じ病院に4ヵ月後に再入院しているがやはり5ヵ月後に無断離院した。

飲酒すると抗争的になり、刃物を持ち口を荒らす、夜間不眠で、火をつけると言っておどす、飲酒運転もするという具合でかなりの問題飲酒者であった。離脱症状は県外の某精神科病院入院中に振戦せん妄と思われる幻覚妄想症状があったという。

積善病院来院前は7合程度の日本酒を連日飲用、兄夫婦は昭和53年初めより断酒会に出席していた。

入院時経過：昭和53年6月入院。入院時酩酊あり、「アル中だから酒はやめたい」とか「アル中だから酒はやめれん」と優柔不断な態度のままの入院であったが、入院後は「アル中だと思う。自分が情ないし、人様に迷惑かけたらいけんし……」と言い、「断酒会にも入ろうと思っている」とのことであった。離脱症状が軽く終り、本人が早めの退院を希望したこと、内観療法施行後、「外来にも通う、断酒会にも入会する」と

言ったこと、また兄の協力もあって約1ヵ月後退院となった。

退院後状況：当初日常内観を続け、断酒会にも出席して頑張っていたが、約4ヵ月後の10月末に「妻がいない」と再飲酒が始まった。しかし短期入院後再び院内例会に出席、54年の正月は無事に経過した。ところが1月の中旬から肺炎と肝炎で内科病院へ入院して退院の近づいた3月末より飲酒再開、結局4月から9月まで当院入院となった。その後も同年12月～55年7月（途中外科にて胃潰瘍の手術あり）など3回の入退院を繰り返した。ところが昭和55年9月に献身的に協力してくれた兄が潰瘍手術後の血清肝炎で死亡してしまった。その時「心をいよいよ入替えにやいけません」と言い、断酒の決意・努力はかなり認められるものの、何かの拍子で飲んでしまうというパターンから逃れられなかった。しかし、再び入退院を繰り返すのではないかという危惧に反して、問題行動は確実に減少して行き、57年は何回かの失敗は認めたが何とか仕事できていた。長期社会適応状況の判定はやや不満足であるが、シアナマイドを義姉に預けて毎日飲用してみたり、病院とのつながり（身体愁訴、こむら返り様の発作の相談）もあり、社会適応への努力が認められたことは大きな変化であった。ただし断酒会には出席してはいない。

内観療法について：入院11日目より内観療法施行。導入は予想に反してスムーズ、内観中も真面目な態度に終始した。終了後「小さい時から嘘を言ったり、ほとんど酒で女房や子供、姉に迷惑をかけています。……今度こそ酒をやめにやいかんと……内観して言うに言われん恥かしいことだと思ふようになってきた。」と語り、断酒会でも謙遜、従順な感じであった。集中内観後の文章完成テスト（SCT）では読み書きができないことが大きな劣等感になっているが、酒、自己への反省が多く、断酒して植木に励みたい意欲が描かれていた。入院前の激しい問題飲酒行動が反省・整理されたのは本内観療法の効果であると思われた。

退院後も日常内観（内観テープを聞くこと）と断酒会、外来通院を続ける約束で退院となった。

しかし通院間隔が次第に開き、「こんなに自分は頑張っているのに、妻や子供が帰ってこない」と考えるところから飲酒が再開され、再入院となった。再入院時も当初は低姿勢で「言われる通りにします」「甘えがあったのと自分が迷惑をかけていたことを反省せず、女房子供のことを思っていたのがいけないんです」と言っていたのが、退院要求に対し、今回は6ヵ月くらい体から酒を抜いて（入院しておく）という約束を初めにしておいた話をする、「先生のおっしゃる通りにしてきとんですから……」とやや攻撃的になり、兄夫婦に向かって「いつまで病院に置いとくつもりか……」、「小遣いも不自由だ。……早く退院させろ……」と要求があり、結局外泊中に飲み続けて来院せず、兄の意見を入れて退院となった。

その後、彼にこの件を尋ねたとき、「言われる通りにしておれば、また一所懸命しておれば、（見返りに）約束より早く退院させてもらえるだろう」と思っていたところが、治療者側は当初の約束どうりのことしか考えてくれず、自暴自棄的になってしまったという。そして「何かをして他者の見返りを期待するというのは内観療法を受けてからよけいそうになった。相手がしてくれたことに対してお返しを考えるのが大切であれば、逆に自分が何かをしたら何かをしてくれてよいはずだ。」と考えるようになったという。言い換えれば、内観療法により行為の貸借関係を考えるようになり、自分の行為に対する他者の反応（お返し）に敏感になったものともいえる。ただし、兄が亡くなってからこの他者期待性がかなり変化し、社会適応性が増えてきている。これはやはり内観により社会的自己に目覚める準備性ができており、兄の死により本当の自己の確立（克己心）に結びついたものと考えられる。本患者は、長期適応状況調査時のアンケート調査では内観は断酒に役に立つと答え、断酒に役立つものとして内観療法と病院外来通院、次いで断酒会や抗酒剤をあげていた。

## 考 察

### 1. アルコール依存症者への内観療法

緒言に述べたように、「ア」症者への内観療法

の適用は、昭和42年頃より岡山大学医学部神経精神科、慈圭病院にて行われるようになった。その最初の報告は昭和43年11月の第21回中国四国精神神経学会の「アルコール中毒の多角的治療—主として内観および断酒会について」と題した洲脇ら<sup>48)</sup>の発表であり、論文では洲脇、横山、竹崎の「内観療法の研究」(昭和44年)<sup>55)</sup>のようである。後者によれば、内観を施行した48例のうち25例が「ア」者であり、結果は25例のうち18例が社会適応状態(積極的社会適応3、消極的社会適応15)となり内観療法の有効性を認めたとする。

「アルコール中毒者の予後に関する研究」(洲脇)<sup>49)</sup>によれば、対象95例中内観療法施行者は16例で、本報告でも使用している判断基準で調査した予後状況は、社会適応群11例(満足7、やや満足4)、不適応群5例(死亡は除く)で、内観療法の効用は明らかであった。但し、各症例の一般属性が他治療に比べて良好であったことを考慮する必要があるとし、アルコール中毒者の治療には各々の症例に合致した多角的治療が必要であると述べている。

その他著者ら<sup>13)</sup>や竹元らの報告がある。竹元らは第1回日本内観学会での「アルコール中毒に対する内観療法」の発表<sup>58)</sup>以来、内観を特色としたアルコール依存症専門病院治療からいくつかの発表を行っている。第5回日本内観学会「アルコール症に対する内観療法の治療予後」<sup>34)</sup>では、昭和47年7月から同56年9月までの総入院患者574名中357名のアルコール依存症入院患者の退院後6ヵ月以上の経過をみている。治療予後は完全断酒、現在断酒(一時的に飲酒したが調査時点では継続的に断酒しているもの)、正常飲酒(飲酒しながらも身体的、精神的、社会的に支障のないもの)、問題飲酒(入院前と同じような状況にあるもの)の4群に分け、前二者で断酒率を集計した結果集中内観群の断酒率50.0%、非集中内観群46.5%で差は認められなかった。しかし、退院年度別断酒率を見ると集中内観導入後でも約22~73%の差があり、これは治療状況たとえば日常内観の導入や治療的雰囲気改善により生じたものであろうと推測し、また他の要因、婚姻状況や入院時年齢が大きな影響を与えているのだらうと報告している。ア

ルコール依存症専門病院それも集中内観、日常内観を取り入れ、積極的に「ア」者の加療を行っているところからの報告であるが、いくつかの点で問題が残っていると思われる。

第一は、社会適応状況の判定が一時点のもので「ア」者の予後判定として信頼性に欠けること、第二に予後が6ヵ月後も1年後も同じであるという前提に立っており、6ヵ月以上の結果を同一レベルで論じていることがあげられる。予後が6ヵ月後も1年後も同じであるという報告は同著者の他の発表<sup>61)</sup>などにも見られるが、6ヵ月以上の予後を全て同じように論じてしまう可能性があるとするれば問題であろう。これは鈴木<sup>56)</sup>や他の報告<sup>49, 62)</sup>でも6ヵ月から1年以内の短期予後と数年以上経た長期予後との差を例外なく認めており、本報告でも短期社会適応状況と長期社会適応状況の差は明らかであったことから窺える。第三は、社会適応状況の判定方法が断酒状況だけで社会生活状況が含まれておらず正確な状況を反映しているとは考え難いこと、また現在断酒、正常飲酒(竹元)の概念が適正飲酒(厚生省)などと紛らわしく、判断の根拠が漠然として分りにくい。第四は、竹元病院が内観療法を特徴とする「ア」者専門病院であり、内観群と非内観群の比較が困難と思われることで、できても内観群と治療脱落群の比較検討になってしまう可能性がある。第五に「ア」者の質的問題が省かれていることにより断酒率の変化の要因が分りにくく、内観の効果そのものも漠然としたものになることが推測される。これらの問題は今後の報告で解消されるものと期待したい。

さて、われわれの調査結果は、社会適応群は短期(6ヵ月~2年6ヵ月)で「内観群」52%、「非内観群」56%、長期(3年5ヵ月~5年5ヵ月)で「内観群」35%、「非内観群」26%であった。社会適応状況は内観療法よりも断酒会や外来通院と関連していた<sup>16)</sup>。短期適応状況は「非内観群」の方がよい結果であったが、これは「内観群」が犯罪歴を有するものが多く、性格傾向の精神病質性偏倚尺度がやや高い、つまり「内観群」の背景因子の問題が多いことから、むしろ短期適応状況にも内観療法の効果はあったの

ではないかとも考えられた。長期適応状況では有意差はないが、「内観群」が逆転して、「内観群」の社会適応群が35%、「非内観群」26%であった。

「ア」者の予後に関してまとめたものはいくつかあり<sup>41,49,62)</sup>、予後良好の比率は10%~75%と幅が広いが、鈴木<sup>66)</sup>は「ア」者の退院後の断酒予想モデルを作成し、断酒率は24ヵ月まで激減していき2~3年後から20%前後に収束していくと報告している。これらの報告からみると社会適応群の比率についてのわれわれの結果は妥当だと思われ、内観療法の結果、質的に問題があると思われる「内観群」に「非内観群」と同等の短期予後結果をもたらし、長期予後で「内観群」の方がより良い適応状況を示したことは注目されてよいように思われる。

## 2. 内観療法の諸問題

まず、内観療法の精神的過程について考察したい。奥村は内観の精神的過程を表8のように6段階に分けている<sup>35)</sup>。場所的・時間的条件から内観の方法と内観者の意思という基本的設定を第1および第2段階とし、自分を見つめる反省心(第3段階自己本位の発見)、他者との関連を客観的に見ることでできる第4段階(被愛事実の発見)、そこから生じる純粋な積極的感情(第5段階感謝と能動性の発動)そして自己をコントロールできる新しい自己の確立(第6段階自己本位の抑制、愛を返す努力)の6段階に分けて考えている。実際に内観者がどの段階

まで到達するかは、各内観者によってまちまちであるが、内観の精神的な到達度は内観の深さとして考えることもでき、その深さを考えるときにもこの6段階で考えると分かり易い。

内観療法の過程の中で大切なものは内観導入の問題である。これが実際は難しく、本報告例でも、繰り返し指導し、テープを真似てほしいと言っても三点をきちんと並べて言える例は多くなかった。たとえば、症例1は冗談口が多く、きちんとした内観になるのに数日を要し、症例2はときに涙ぐんだりするものの、ちぐはぐな応答が続き、当初はほとんど内観にならなかった。内観導入の困難な要因は十分な動機づけができていないことが多く、上記2例も内観療法の理解度と意欲が不十分であったと思われる。一般的に内観導入の困難な原因は十分な動機づけができていない場合の他に、高齢者や問題性格者であったり、専門の内観部屋を持たないなどの状況要因の関与も考えておく必要がある。

内観導入の困難な例に対しては、集中内観を完了することが「内観をやり遂げた」という大きな自信につながることもあり、たとえ稚拙な内観でも予定どおり継続することが大切である。また内観の深まりが困難だとしてもそれが治療として無効であるというわけではない。症例1、症例2でも内観がなかなか軌道に乗らず、一週間完遂出来ればそれでよいと考えられていたが、内観3・4日目頃からときに深い感情が表出され、第5、第6段階を想起させる深さまで入ることができ、社会適応状況も良好である。一方、スムーズに内観に入りかなり深まっているように見えたにもかかわらず、症例3のように、社会適応状況にそれほど反映されていない症例も多かった。つまり、内観全体を通しての深さから見ると、反省心の深い例ほど転帰は良い印象があるものの、内観の深さと治療効果との関係は単純に評価されるものではないと考えられた。大切なことはその人(症例)にとっての内観の深さということで、内観の精神的過程を考える際にも各人の過程という観点を十分考慮に入れておく必要があると思われる。

内観が深まるにつれて、概略前記6段階に沿って精神的な変化が起こってくる。ここで集中

表8 内観療法(集中内観)の過程

1	静寂と専念 (遮断状況, 内観をする意志, 指導者の支持)
2	正しい反省の仕方の修得 (三項目, 反省する心構え)
3	自己本位の発見 (純粋罪悪感の獲得)
4	被愛事実の発見 (社会的自己の発見, 生かされている存在の認識)
5	感謝と能動性の発動
6	自己本位の抑制, 愛を返す努力 (生きがい, 自由な良心)

(奥村二吉, 1975)

内観前後の精神的変化について心理テストの変化を参照しながら考えてみたい。「ア」者の性格に関する報告は数多く<sup>1, 10, 18, 33, 38, 40, 42)</sup>、心理テストを用いた研究も多い<sup>5, 9, 37, 46, 47, 63)</sup>。内観療法前後の心理変化について心理テストを用いた報告もいくつかある。Y-G テストを使った三木の報告<sup>26)</sup>によると、B 型 (情緒不安定社会不適応積極型) と E 型 (情緒不安定社会不適応消極型) が集中内観で減少し、A 型 (平均型) と D 型 (情緒安定社会適応積極型) が増加していた。毛利ら<sup>28)</sup>は Y-G テストを因子別に分けて変化を見ており、それによると劣等感、神経質、主観的傾向が減少し、活動性と社会的外向性が増大していた。P-F スタディでは集中内観により、内罰方向要求固執型、つまり罪の償いをする。あるいは障害を自ら努力して克服していくものが増える傾向が認められている<sup>46)</sup>。

本報告の MMPI の結果では、集中内観後に精神病質偏倚性尺度 (Pd) が低下、軽躁性尺度 (Ma) が低下傾向にあり、疑問点 (?) が高くなっていた。これは P-F スタディで内罰方向の思考内容である「償う」とか「克服していく」ものが増えることと共通し、Y-G<sup>26)</sup> で B 型と E 型が減少しているのと類似の傾向ではないかと思われた。興味あることは集中内観で見られるこれらの変化が約 3 年を経た後も持続している可能性があることである。集中内観直後に断酒意欲の向上が認められるのは上記文献でも明らかであり、本結果では長期的にみても「内観群」の方に社会適応群が多くなっていた。この長期適応状況の結果から、また心理学的にも行動の逸脱の要因となる精神病質偏倚性やパラノイド、軽躁性が抑制されたままであることから、内観療法の効用は長期にわたって有用な治療法であることが推測される。

内観療法を精神療法的に考えると、奥村の精神的過程から考えられるように、自己反省から自己本位の発見が起り、個々の自分が社会内存在であることを認識していくことであり、これらの心理テストの結果は集中内観中の精神的変化を如実に示しているものと考えられた。一般に精神療法の治癒機転については精神分析

的なカタルシスの機序や行動療法的機序の他に、心的距離の問題 (笠原<sup>20)</sup>) などがあるが、横山<sup>66)</sup> は内観奏功のメカニズムを考察し、奥村の段階の中で第 3 段階の自己本位の発見が内観的反省の端緒となるもので最も重要であると述べている。そこから本当の意味の罪悪感 (純粹罪悪感—安永<sup>65)</sup>)、治療的罪悪感 (村瀬<sup>29)</sup>) を獲得していき、自己本位の抑制のできる新生自己 (奥村の第 6 段階) となっていくのであろうと推測している。洲脇<sup>52)</sup> は「内観している姿こそが尊い」(吉本) を引用し、内観の深さとかその人の能力に拘泥せず、この原点に還ることが大切であり、内観指導の際にもこうした「内観をして戴く」気持を持った治療者の姿の中に絶対的な受容と呼ばれるものがあり、それこそが本当の動機づけを生む原動力となると述べている。筆者も「心からの感情を伴った真実の反省あるいは真の罪悪感の獲得」が断酒の契機・動機づけにつながる、つまり内観療法の精神療法効果の発現される機序であると考えている。

吉本によると内観法の最終的治癒像は妙高人であるという<sup>68)</sup>。内観を深めるとそのような悟りの境地につながるのかもしれない。しかし、精神療法としての内観は言うまでもなく精神医学的問題を持った人がそれを解決するために行うものであり、その問題を客観視するために自己および対象関係を整理することができればよいと思われる。

### 3. 内観の功罪

ここでは内観の副作用あるいは弊害について考えてみたい。集中内観中にパニックを起こした例の報告はいくつかある。筆者は集中内観施行中に自殺企図 (未遂) をした登校拒否、シンナー依存の思春期患者の体験<sup>14)</sup> があり、精神病的なパニック状況に陥った例の報告もある<sup>27, 31)</sup>。それらの要因について言及したい。まず第一に内観療法の適応症の問題がある。内観は自己反省ないし自責的思考を促すことからうつ病には普通適用されず、内面の情動を揺り動かすことから、精神分裂病および境界例には不適応または深い内観をしてはいけない。「ア」者は合併症として躁うつ病、精神分裂病など精神疾患を有する比率も高いことが知られているので



注意が必要である。本報告例の中には結果として中断例はなかったが、途中で挫折しそうなものや全く内観にならない例もあった。彼らに対しては支持的に接し、内観の遂行だけを目標とし、それが脱落例を出さなかったことにつながったものと考えられる。一般的には集中内観途中の中断例の多くは精神病か意思薄弱な神経症傾向の人であろうと思われる。内観を精神療法として適用する場合には、これら精神疾患に対する注意に加えて、性格偏倚者や自我の比較的脆弱なものには様々のことが起り得ることを念頭に入れておくことが必要であり、内観導入前にこれらの鑑別診断と治療目標の設定を行うことが大切である。

次に、すべての内観者が深い内観ができるとは限らない、むしろそれが困難であることが多く、中途半端な反省心が場合により逆方向へ行くことも考慮しておく必要がある。たとえば症例3のように、「言われるとうりに（内観や入院治療）してきた。（だから早く退院させろ、だからこの要求を聞け）」とか、「我がままな自分であることは分った。（だから自分の妻一兄一も我がままなところを直せ）」と自己反省が対象者への要求につながるものがときにみられた。「こんなに自分は頑張っているのに、妻や子供が帰ってこない。」とか、「感謝しなければいけないことはわかる。しかし自分だけが感謝したり報いようとしても、一方向的でむなしくて仕方がない。」と考えてしまうのである。

これらの外罰方向の思考は真の内観ができておらず、十分な自己本位の発見まで至っていないことから起こるもので、自責の念が本当に強ければ他者を批判追求できるはずがないと思われる。しかし、してもらったこととして返したことを考え、迷惑をかけたことと迷惑をかけたことを考えようとするのは理論的には理解できる。村瀬<sup>29)</sup>は、内観療法による罪責体験の特質として、「自分に対して注がれていた身近な人々の愛情、思いやりの気持を発見し、それを感謝する心が湧いてき、恩を仇で返していたに等しい自分の浅ましき、情なき、醜さ、罪深さを思い知るにより、それまで自らが侵害していた“共同性”を思い知らされ、その中で

“共同性”に目覚め、ひいては自らの過ちを償おうとの責任感や勇気が生れてくる。」と言う。これが「真正の」罪責感（安永の「純粹罪悪感」<sup>65)</sup>）であって、いたずらに悲観的、マゾヒスティックな罪意識を強める「反治療的」な罪意識と異なっていることを指摘している。筆者は「治療的」罪責感を考える際には上記で述べた反作用的思考を配慮することが必要であり、「共同性」を自覚していく中で他者への要求が出現するような「反治療的」な側面に注意していくことが大切であると思っている。この他者要求をしやすい患者の接し方はかなり困難であるが、やはり内観療法の原点に戻り、「(刑事のごとく)自分を調べていく」のが内観であることを繰り返して徹底させていくのが一つの方法ではないかと思われる。

#### 4. 「ア」者の精神療法としての内観

「ア」者の治療過程から考えて、どの部分に内観療法が有効であるのかについては、既に述べたように酒を断つ（断酒）動機づけになることとともに内観療法により持続的な断酒効果の得られる可能性が挙げられる。一般に集中内観の効果については持続的效果は疑問視されており、そのために日常内観や集中内観を一年おきに繰り返すことが提唱されたりしている<sup>12, 51, 55, 60)</sup>ことから注目に値するものと思われる。時間の経過と共に感情的体験は希薄化するものであることは否めないが、集中内観は「ア」者にとって強烈な体験であり、集中内観を体験しないものよりは内観的精神は続いており、何かを契機として過去の内観体験が蘇る可能性（症例3）もまた存するものと考えられる。断定はできないが、内観療法のアルコール依存症に対する長期的効果は大いに期待されるものと推測される。

次にアルコール依存症の治療目標と内観療法について考察してみたい。洲脇<sup>53)</sup>は、Blume<sup>3)</sup>のアルコール依存症の治療目標（1＝禁酒、2＝“否認”の克服、3＝動機づけ、4＝自分の感情の出し方の客観的認識、5＝自分の行動パターンの客観視、6＝以前の問題に対処する新しい方法の取得、7＝危機状況を回避する方法の獲得、8＝アルコールなしの充実した生活）を掲げ、2番目の“否認”には二つの段階、一つは

「自分は「ア」者ではない」とアルコール問題そのものを認めようとしなないもので、もう一つは「自分は飲酒問題以外は何も問題がない」とアルコール以外の人格的な問題点などは一切認めようとしなないことであると述べている。そして前者の「第1の否認」にはどの治療者も注意して断酒指導を行うが、後者の「第2の否認」に対しては断酒会でもあまり取り上げようとせず、治療者もアルコールをやめさえすれば問題ないと本人を支持する意味もあって強調しない傾向がある。この後者の「第2の否認」、つまり「飲酒問題を持った病める人間」というところに内観療法が作用し、真の動機付けができ、自分の感情的な動きや行動パターンを自覚していくのではないか、というのである。Blumeのその他の治療目標、感情や行動様式の自覚と制御なども内観療法の精神的過程（奥村）から考えると自己本位の抑制とほぼ同様であり、内観療法の目標とアルコール依存症の治療目標は共通点が多いことが推察される。

最後に、「ア」者の治療・社会復帰に絶大な効果を発揮している断酒会やAA (Alcoholics Anonymous)<sup>32)</sup>と内観療法が類似していることに言及する。本報告でも「ア」者の治療の転帰が内観療法の施行の有無よりも断酒会や外来継続治療と関連していたことは既に述べた。また、

地域断酒会、病院断酒会との関連の深いことはアルコール医療に携わるもの全ての一致した意見であると思われる。断酒会と内観の共通点については、たとえば「断酒の誓」を見てみると「私達は過去の過ちを悟り、迷惑をかけた人々に出来るだけの償いをします。」などのまさしく内観そのものの誓いの言葉が並んでいる。また断酒会でよく利用される「断酒道五心」を見てみると、素直な心、反省の心、謙虚な心、感謝の心、奉仕の心とあり、これらと内観の精神的過程を参照してみると非常に似通っていることがわかる。もちろん断酒会は集団力動が関与するが、内観療法は個人精神療法であるなど、全く同じではない。しかし内観療法により断酒の意志を強め、常に反省心を忘れず、自己を客観的に見ることができるようになり、断酒会にも出席・入会して内観的存在を持続させることができれば、アルコールから脱却できる確率は非常に高いものになるのではなかろうか<sup>15)</sup>。

AAと内観療法についてもかなりの共通点がある。洲脇<sup>52)</sup>はAAの12のステップ、断酒会の断酒の誓そして内観療法の関連性について述べ、断酒会がAAの12ステップを取り入れた際に初めと終りだけを借用し、第8ステップを除いて途中の大切なステップを省略してしまった。その大切なステップを日本の文化に照らしてみる

表9 AAと断酒会と内観

AA 12のステップ (AA Member であること)	断酒の誓 (断酒会会員であること)	内観の精神的過程 (集中内観の構造特後、内観者としての前段)
1 Powerless over alcohol, unmanageable life	1) 私達は酒の魔力に促されて、自分の力だけではどうにもならなかったことを認めます。	第1段階 静寂と専念 (過剰状況、意志) 第2段階 正しい反省の仕方(修得) (反省の心構え)
2 believe a greater Power		
3 turn over to the care of God		
4 searching and fearless moral inventory of ourselves		(第2段階 正しい反省の仕方(修得))
5 admit the exact nature of our wrongs		第3段階 自己本位の発見 (真の罪悪感の獲得)
6 ready to have God remove all these defect		第4段階 被愛事実の発見 (社会的自己の認識)
7 humbly ask Him to remove our shortcomings		
8 make a list of all persons we harmed and make amends to them all	2) 私達は過去の過ちを悟り、迷惑をかけた人々に出来るだけの償いをします。	第5段階 感謝と能動性の発動
9 make direct amends to such people wherever possible		
10 continue to take personal inventory		
11 seek through prayer and meditation to improve our conscious contact with God		(第6段階 自己本位の抑制、愛を返す努力)
12 carry this message to alcoholics practice these principles in all our affairs	3) 私達は互いに助け合い、酒癖に打ち勝って雄々しく新しい人生を確立します。 4) 私達は酒癖に陥む人々の相談相手となって、酒をやめるように勧めます	第6段階 自己本位の抑制、愛を返す努力 (生き甲斐の発見、自由な良心の獲得)
	5) 私達は宗教や思想に関係なく、___断酒会の同志として、団結します。	(愛好人)

と内観療法がそれをカバーしている、と述べている。それらの関連性を示しているのが表9である。AAの神「God」の存在が日本文化にはあまりなじまないかもしれないが、神—自然—宇宙—原事実<sup>36)</sup>という見方もある。このように考えると、アルコール依存症から立ち直る段階が理解しやすく、「ア」者が回復するためには単に断酒だけでは不十分であり、「真の罪悪感（自由な良心）の獲得」に至る過程の重要性がよく理解できる。言い換えれば、内観療法が断酒の動機付けだけでなく、断酒を通じてより高い自立性、人間性を目指しており、断酒会やAAの理念にも矛盾せず、たいへん有用な精神療法であることになる。

### ま と め

入院「ア」症者の治療において、内観療法を施行した群（「内観群」31名）と施行しなかった群（「非内観群」34名）に分けて、一般属性、短期社会適応状況（退院後6ヵ月～2年6ヵ月）、長期社会適応状況（退院後3年5ヵ月～5年5ヵ月）を調査し、比較検討をした。また内観療法施行例を呈示し、アルコール依存症に対する内観療法の効用について言及し次の結果を得た。

(1) 「内観群」と「非内観群」の属性では、「内観群」に健康保険本人、離婚歴、社会的逸脱行為を犯した率の高い傾向があり、「非内観群」に高齢者、医療扶助率、1ヵ月以内の短期入院の多い傾向があった。またMMPIでは「内観群」は疑問点が高いものの精神病質偏倚性傾向が窺われた。

(2) 「内観群」と「非内観群」の短期社会適応状況は、各々社会適応群52%、59%で有意差は

認められなかった。しかし長期社会適応状況は各々35%、26%で有意差はないが、逆に「内観群」の社会適応状況の方がよかった。

(3) 短期適応状況がよいものは、健康保険本人、社会的逸脱行為なし、退院時断酒意欲良好、院内断酒例会継続そして地域断酒例会継続との関連が認められた。一方長期適応状況では社会的逸脱行為なし、退院時断酒意欲良好が社会適応良好群と関連があり、今回調査時の就労状況や断酒会活動と密な関係が認められた。

(4) 内観療法の有効性は自己本位の発見を端初として断酒への意欲が獲得され、さらに断酒意欲の継続効果も期待されることにあると考えられた。また内観療法の適用には動機づけが大切であり、各「ア」症者で種々の段階がある深さには拘泥せず集中内観を完遂することが重要であると思われた。

(5) 内観療法がアルコール症の治療に奏功する機序については、自己本位の発見から真の治療的罪悪感を得ることにあり、そのためには、真に感情が伴うことの必要性を述べ、Blumeの二重の否認を引用してその機序について補足した。

(6) 内観療法と断酒会、AAに共通点が多いことを述べ、内観療法と断酒会、AAを有効に利用すればアルコールからの脱却が大いに期待されることを述べた。

御指導、御校閲いただいた岡山大学医学部神経精神医学教室教授大月三郎先生、香川医大心理・臨床心理学教授洲脇 寛先生に深謝いたします。また積善病院院長平田潤一郎先生、杉田 敬心理士（現東北大学心療科）はじめ職員一同の御協力、御配慮に御礼申し上げます。

### 文 献

1. Barnes GE: The alcoholic personality -a reanalysis of the literature-. J Stud Alcohol (1979) 49, 571-634.
2. Blane H T: Psychotherapeutic approach; in The Biology of Alcoholism Vol. 5, Kissin B and Begleiter H ed. Plenum Press, New York-London (1977) pp. 105-160.
3. Blume S B: Group psychotherapy in the treatment of alcoholism; in Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy, Zimberg S, Wallace J and Blume S B ed. Plenum Press, New York (1978) pp. 63-76.

4. Cannon D : Alcohol aversion therapy in the 80's, *Bul Soc Psychol Subst Abuse Morris* (1982) MN 1, 34-36.
5. Clopton JR : Alcoholism and the MMPI ; A review. *J Stud Alcohol* (1978) 39, 1540-1558.
6. Epstein NB and Vlok L : Research on the results of psychotherapy ; A summary of evidence, *Am J Psychiatry* (1981) 138, 1027-1035.
7. Emrick CD: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment, *Quart. J Stud Alcohol* (1974) 35, 523-549.
8. Emrick CD: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *J Stud Alcohol* (1974) 36, 88-108.
9. Filstead WD, Drachman DA, Rossi J J and Getsinger SH : The relationship of MMPI subtype membership to demographic variables and treatment outcome among substance misusers, *J Stud Alcohol* (1983) 44, 917-922.
10. 本間 修 : 薬物依存者・アルコール依存者のパーソナリティ ; 依存の精神医学 (大原健士郎編), 医学書院, 東京 (1975) pp.198-212.
11. 堀井茂男 : 精神医学の立場から ; シンポジウム「精神療法としての内観」, 第5回日本内観学会発表論文集 (1982) pp.17-20.
12. 堀井茂男 : 内観の構造的改良 ; シンポジウム「医療の場における内観」, 第6回日本内観学会発表論文集, (1978) pp. 8-11.
13. 堀井茂男, 洲脇 寛 : 分散内観を続け良好な経過をたどっているアルコール症の一例, 第1回内観学会発表論文集 (1978) pp.87-91.
14. 堀井茂男, 岡本 基, 高橋 茂 : 集中内観中に自殺企図のみられた登校拒否, シンナー依存の一例, 第4回内観学会発表論文集 (1981) pp.37-38.
15. 堀井茂男 : アルコール依存症と内観療法 ; 第7回アルコール問題関係者会議報告集, 岡山 (1984) pp.14-17.
16. 堀井茂男 : 入院アルコール依存症者の予後一特に適応状況の移動について一, アルコールと薬物依存 (1987) 22, 41-56.
17. 今道裕之 : アルコール症の臨床と治療. 金原出版, 東京 (1977).
18. 出田哲也 : アルコール中毒と攻撃性 ; III 攻撃性の心理社会的理解, 攻撃性の精神医学 (中尾弘之編), 医学書院, 東京 (1984) pp.252-257.
19. 伊藤敏博, 竹元隆洋 : アルコール症者の日常内観に関する意識調査, アルコールと薬物依存 (1984) 19 (4. Suppl.) : S209-S210.
20. 笠原 嘉 : 精神療法一般の治癒機転についての一考察, *精神医学* (1967) 9, 273-277.
21. Kish GB, Ellsworth RB and Woody MM : Effectiveness of an 84-day and a 60-day alcoholism treatment program, *J Stud Alcohol* (1980) 41, 81-85.
22. Kissin B : Medical management of the alcoholic patients ; in *The Biology of Alcoholism Vol. 5*, Kissin B and Begleiter H ed. Plenum Press, New York-London (1977) pp. 53-103.
23. 河野裕明 : アルコール依存症の治療, 中央公論11月増刊号「病院読本」(1984) pp.128-137.
24. Krypsin-Exner K : *Behandlung des Alkoholismus, Nervenarzt* (1979) 50, 277-285.
25. 三船英男, 岡崎直人 : アルコール依存症の治療一病院医療から地域医療へ一, *精神医学* (1982) 24, 1303-1312.
26. 三木善彦 : 内観療法体験前後性格変化一Y-G 検査による測定を中心として一 ; 四天王寺国際仏教大学文学部紀要 (1984) 16, 171-189.

27. 三木善彦, 長島正博: 集中内観中にパニックを起こした事例の検討 (2), 第7回日本内観学会発表論文集, (1984) pp.83-84.
28. 毛利良子, 竹元隆洋, 西 明美: アルコール症者の内観療法による性格変化, 第6回日本内観学会発表論文集 (1983) pp.39-42.
29. 村瀬孝雄: 罪意識と内観療法, 季刊精神療法 (1982) 8, 34-42.
30. 村田忠義: 断酒学, 星和書店, 東京 (1983).
31. 長島正博, 三木善彦: 集中内観中にパニックを起こした事例の検討 (1), 第7回日本内観学会発表論文集, (1984) pp.81-82.
32. 中村希明: アルコール症治療読本—断酒会とA・Aの治療メカニズム—, 星和書店, 東京 (1982).
33. Nerviano VJ and Gross HW: Personality types of alcoholics on objective inventories -A review-. J Stud Alcohol (1980) 41, 1143-1152.
34. 西 明美, 竹元隆洋, 毛利良子, 松元康代, 岩永百合: アルコール症に対する内観療法の治療予後 (第3報), 第5回日本内観学会発表論文集 (1982) pp.91-93.
35. 奥村二吉: 内観法について思う, 岡山大学医学部神経精神医学教室年報昭和49年 (1974) pp.1-7.
36. 奥村二吉: 原事実について, 岡山大学医学部神経精神医学教室, 岡山 (1985).
37. 大井晴策: アルコール中毒者の性格特性に関する一研究—矢田部ギルフォード性格検査を中心に—, 関東短期大学紀要第18集 (1972) pp.53-60.
38. 大井晴策, 菅原やい, 河野裕明, 齊藤 学, 西山正徳, 菱村将隆: 入院アルコール症者の性格特性と予後との関連について, アルコール研究 (1979) 14 (4. Suppl.), S214.
39. 大原健士郎: 精神療法; アルコール中毒の治療, アルコール中毒 (加藤伸勝, 大原健士郎, 河野裕明編), 医学書院, 東京 (1973) pp.244-251.
40. 大原健士郎: 薬物依存者・アルコール嗜癖者と性格, 臨床精神医学 (1976) 5, 59-63.
41. 斎藤 学: アルコール依存症の予後と転帰; アルコール臨床ハンドブック (斎藤 学, 高木 敏編), 金剛出版, 東京 (1982) pp.251-259.
42. 斎藤 学: アルコール依存の精神病理; アルコール依存の臨床, アルコール・薬物依存—基礎と臨床— (大原健士郎, 田所作太郎編), 金原出版, 東京 (1984) pp.111-120.
43. Scott EM: Hypnosis in the treatment arena, Alcoholism/Nutl. Mag. Seattle, WA1 (1981) 47.
44. Shea JE: Psychoanalytic therapy and alcoholism. Quart J Stud Alcohol (1954) 15, 595-605.
45. 新福尚武: アルコール症の精神療法, 金剛出版, 東京 (1984).
46. 杉本好行, 三和啓二: 内観療法における内罰性の検討, 第2日本内観学会発表論文集 (1979) pp.17.
47. 杉田 敬, 堀井茂男, 高橋 茂, 福田賢司, 平田潤一郎: 星座グラフによるアルコール症者のMMPIプロフィールの多変量解析, アルコール研究 (1979) 14 (4. Suppl.): S204-S205.
48. 洲脇 寛, 林 泰明, 藤田英彦, 大重弥吉, 伊原重彦: アルコール中毒の多角的治療—主として内観及び断酒会について—, 第21回中国四国精神神経学会 (1968).
49. 洲脇 寛: アルコール中毒者の予後に関する研究, 精神経誌 (1975) 77, 89-106.
50. 洲脇 寛: アルコール中毒者の精神療法, 臨床精神医学 (1973) 2, 335-342.
51. 洲脇 寛: アルコール依存症者の内観療法の適用と意義; 焦点/アルコール依存症と看護ケア, 看護技術 (1980) 26, 20-24.
52. 洲脇 寛: アルコール症の治療と内観, 第5回日本内観学会発表論文集 (1982) pp.3-6.
53. 洲脇 寛: 精神療法; アルコール依存の治療, アルコール・薬物依存—基礎と臨床— (大原健士郎, 田所作太郎編), 金原出版, 東京 (1984) pp.244-249.
54. 洲脇 寛, 堀井茂男, 大月三郎, 西井保行, 高橋 茂, 藤本 明: 岡山県におけるアルコール症入院患者の実態, 岡山医誌 (1980) 92, 85-92.

55. 洲脇 寛, 横山茂生, 竹崎治彦: 内観療法の研究, 精神医学 (1969) 11, 707-711.
56. 鈴木康夫: アルコール症者の予後に関する多面的研究, 精神経誌 (1982) 62, 243-261.
57. 高槻酒害対策懇話会事務局編: 酒害対策懇話会のあゆみーアルコール症の地域ネットワークづくりの実践一, 高槻 (1985).
58. 竹元隆洋: アルコール中毒に対する内観療法; シンポジウム「内観と人間形成」医学の立場より, 第1回内観学会発表論文集 (1978) pp.155-160.
59. 竹元隆洋: アルコール症に対する内観療法の治療予後, 第2回内観学会発表論文集 (1979) pp.12.
60. 竹元隆洋: 内観療法の有効性, 季刊精神療法 (1983) 9, 129-135.
61. 竹元隆洋, 毛利良子, 松元康代: 内観療法によるアルコール症者の治療予後, アルコール研究と薬物依存 (1981) 16 (4. Suppl.), S135-S136.
62. 田中孝雄: 慢性アルコール中毒の長期予後の研究, 慶応医学 (1980) 57, 733-748.
63. 戸田賀江: 飲酒者の人格研究ーロールシャッハ・テストによる一, 精神経誌 (1960) 62, 2147-2161.
64. Voegtlin WL and Broz WR: The conditioned reflex treatment of chronic alcoholism. X. An analysis of 3125 admissions over a period of ten and a half years, Ann Intern Med (1949) 30, 580-597.
65. 安永 浩: 治癒機転と罪悪感, 精神医学 (1967) 9, 281-285.
66. 横山茂生: 内観奏功のメカニズム, 第6回日本内観学会発表論文集 (1983) pp.22-24.
67. 米倉育男: アルコール中毒者の精神病理, 臨床精神医学 (1973) 2, 299-307.
68. 吉本伊信: 内観四十年, 春秋社, 東京 (1965).

**Naikan psychotherapy for alcohol dependence syndrome****Shigeo HORII****Department of Neuropsychiatry, Okayama University Medical School****(Director : Prof. S. Otsuki)**

To evaluate the therapeutic effect of Naikan psychotherapy for alcohol dependence syndrome, a comparison was made between 31 patients who were treated with Naikan psychotherapy (Naikan group) and 34 patients who were not treated with Naikan psychotherapy (non-Naikan group) on the following profiles: general characteristics, social adaptation occurring 6 months to 2 years 6 months after discharge (short-term follow-up) and social adaptation occurring 3 years 5 months to 5 years 5 months after discharge (long-term follow-up). Some typical cases of Naikan psychotherapy were presented.

It was suggested that Naikan psychotherapy was effective for the treatment of alcohol dependence syndrome. It was useful in helping the alcoholics to understand the necessity of abstaining (motivation to abstain) and had a long-term therapeutic effect (maintenance of abstinence). It was concluded that the therapeutic effect of Naikan psychotherapy was derived from the understanding of egocentricity by acquiring a therapeutic guilt-feeling and the overcoming the denial in the alcoholic patient.