

認知行動療法の新しい波における治療効果と 森田療法の影響

Efficacy of the new wave of the Cognitive Behavioral Therapy technologies
and the influence of Morita therapy on it

中野 敬子

Keiko NAKANO

Abstract

Dialectical-Behavioral Therapy (DBT) for Borderline Personality Disorder developed by M. Linehan is viewed as a part of the new wave of cognitive behavior therapy. The purposes of this article were to describe DBT methodologically, to evaluate the efficacy of DBT, and to compare DBT and Morita Therapy which encourage to reach the state of “arugamama” (acceptance of reality as it is) and to recognize the self-actualizing meaning of anxiety without trying to change it. DBT has been shown to be effective in reducing parasuicidal behaviors, inpatient hospitalization days, depression, anger, and in improving social adjustment. DBT is a principle-driven, behavioral treatment that is based on principles of dialectics, the biosocial model, a set of treatment strategies, and psychosocial skills trainings. In DBT, dichotomous and extreme thinking, behavior and emotions are viewed as dialectical failures, and moving toward a workable synthesis is encouraged. The dialectic between the need for accepting herself as she is in the moment and the need for her to change must to be focused. Both DBT and Morita Therapy try to modify behavioral patterns, cognition and feelings using instructions and strategies consistent with their own unique orientations such as biosocial model and inherited tendency of Morita “shinkeishitsu”. It can be concluded that Morita therapy of old Eastern approach seems to influence DBT principles and strategies.

Key Words: Dialectical Behavioral Therapy, new wave of the Cognitive Behavioral Therapy, biosocial model, Morita Therapy

I はじめに

行動療法 (behavior therapy) は、学習理論に基づく行動変容法・理論の総称であり、一方、認知や感情に焦点を当てる心理療法が認知療法である。行動理論の対象とするものは観察可能な測定できる行動であり、行動の誘引となる環境刺激と行動そのものに注目し、理論を展開させた。刺激と行動の間にある観察できない心の機能 (認知機能) はブラックボックスとし、研究の対象とはしてこなかった。行動療法には、古典的条件づけを理論的基盤とする弛緩訓練、系統的脱感作 (Wolpe, 1969)、オペラント条件づけを理論的基盤とする強化随伴性の操作、行動分析などがある (中野, 2007)。Eysenck (1952) は学習により神経症になると考え行動療法による治療を試み、行動療法は最初の科学的根拠に基づく心理療法であるとされている。

環境刺激の認知が感情や行動に影響を及ぼすとする認知理論を理論的基盤とする認知療法を Beck (1970, 1984, 1991) が開発し、うつ病、不安障害などの治療を行った。また、Meichenbaum (1977) が認知の再構成の技法を打ち立て、非合理的信念、問題解決能力、コーピング技法などの概念を紹介した。マイケンバウムは著書の中で、行動療法の技法においても認知の要因が機能していることを指摘し、臨床例を用いての行動変容においても認知が関与していることを説明した。さらに、認知および感情は行動と深く関係しているという認知療法の考え方 (Beck, 1970, 1984, 1991) や、認知療法において古典的条件づけやオペラント条件づけに基づく行動療法の技法を治療法として積極的に取り入れて行ったことから、今日では、行動療法と認知療法は、「認知行動療法」として総称され、科学的に治療効果が実証されている最も多く用いられている心理療法として確立されている (Roth & Fonagy, 2005)。認知行動療法は、人がある出来事を心配したり狼狽させられたりするものであると認識することにより、適応の問題が生じるという前提に基づいている。適応の問題とは実際に今、起きているさまざまな問題であり、うつ状態、パニック発作、引きこもり、人間関係の問題、職場での不適応、親子関係の問題などである。これらは、クライアントが主訴とするもので、その困難のために専門家を訪れる問題である。認知行動療法では、このようなさまざまな適応の問題は認知、行動、感情の3つの領域で説明できるとしている (Persons & Burns, 1985)。

近年、弁証法的行動療法 (DBT; dialectical behavior therapy; Linehan, 1991, 1993)、acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)、cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP; McCullough, 2000)、functional analytic psychotherapy (FAP; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, & Tsai, 2002)、integrative behavioral couple therapy (IBCT; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000) に代表される新次元の認知行動療法が開発されている。新次元の認知行動療法は認知行動療法の第三の波とも称され (Hayes, 2004)、理論的根拠が明確に定められているだけでなく、臨床的経験に基づく心理療法である。さらに、新次元の認知行動療法は教育的で直接的な形態の定められた認知行動療法技法に加えて、心の動きにおける前

後関係や機能に焦点を当てた文脈的、経験的な変化をもたらす技法を積極的に用いて行く。新次元の治療手法は教育的というよりは経験的であり、これまでの機能分析、スキルの構築、シェイピングなどの行動療法や認知療法の技法を再活性化させるものであり、対処法を発展させることで認知行動療法効果の経験的妥当性を提供するものでもある。新次元の認知行動療法は従来の認知行動療法を統合的に概念化し、これまでの療法において提示された問題について改善を行ったといえる。つまり、新次元の療法はクライアントにとってだけでなく、治療者にとっても効果的な方法を柔軟に幅広く用いるように構成されている。新次元の認知行動療法は理論的根拠だけでなく、クライアントの価値観や人間関係、治療関係、受容、柔軟でバランスの取れた考え方を重要視し、マインドフルネス (mindfulness) を用いる共通点があるが、各々、特徴を持っている。新次元の認知行動療法はこれまでの心理療法の問題点を補うものとして注目を浴びてきているが、いくつかの疑問点も指摘されている。治療手法はこれまでの認知行動療法でも用いられてきているとの指摘 (Hofmann & Asmundson, 2008) もある。さらに、治療効果が経験的に示されてはいるものの研究データに基づく治療効果の実証が十分に行われていないとの指摘もある (Corrigan, 2001)。

本論文においては、新次元の認知行動療法の中において弁証法的行動療法 (DBT) に焦点を当てて、弁証法的行動療法の治療技法について概観し、DBT の治療効果について臨床心理学専門誌に報告された準実験計画研究、無作為比較試験研究、実証的研究を基にその治療効果について検討することが目的である。さらに、日本で開発された森田療法との比較において東洋思想の新次元認知行動療法である DBT への影響について考察を行うことも目的とする。

II 弁証法的行動療法 (DBT)

弁証法的行動療法 (DBT) の創始者はワシントン大学教授のマーシャ・リネハンである。DBT は境界性パーソナリティ障害 (BPD) の治療法として開発され、治療の統制的試行による研究により自己破壊行動、入院期間、怒りの減少および社会適応における改善などに有効であることが報告されている (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991)。DBT は BPD の治療を目的とした広範囲にわたる認知行動療法技法を用いる心理療法として開発されたが、摂食障害、気分の障害、不安障害などの治療にも用いられている。DBT は個人療法とスキル・トレーニングの組み合わせにより行われ、いずれにおいてもその理論的基盤は BPD についての弁証法的、生物社会的理論に基づいている (Linehan et al., 1991)。DBT の治療哲学および理論的基盤について、弁証法的、生物社会的理論、治療構造、スキル・トレーニングの観点から以下に述べる。

1. 弁証法的視点と生物社会的理論

弁証法の行動療法への適用には、現実の基本的性質における弁証法および説得力ある対話や関係に

における弁証法といった2つの意味がある。現実の基本的性質における弁証法はDBTの基礎理論に取り入れられ、説得力ある対話や関係における弁証法は治療法やストラテジーに生かされている。現実の本質と人間行動についての弁証法的視点にはBPDの理解に重要な3つの基本的特性がある(Linehan, 1993)。第一の特性は、現実の基本的相互関係およびその全体を重視し、個々の現象を個別に見ることはしない。第二の特性は、現実は変化するものであり、内在する対立する力を統合して新しいものになって行くことであり、弁証法的考え方においてとても大切なことは、すべての事象には対立するものが内在しているということである。BPDの特徴として両極端な思考、行動、感情があげられ、この特徴は弁証法的失敗とみなされ、両極性を統合することが困難である。代表的な3つの両極性があり、1つ目は、クライアントは現在のありのままの自分を受け入れることとその自分を変えて行く必要があるという両極性である。2つ目はクライアントがスキルを身につけることによって得るものがあると同時に失うものもある。3つ目の重要な両極性は、クライアントがこれまでの自分の問題の把握を妥当だと受け入れると同時に、その問題を解決するためにスキルを習得しなければならないということである。スキルの習得で問題が解決すれば、クライアントのこれまでの方法は妥当ではなかったことになる。クライアントはそうは思っていないが、他人を操作したり、傷つけたり、無気力だったりしたとする他者の見解を認めることにもなる。第三の弁証法的特性は、現実の基本的性質は内容や構造ではなく、変化とその過程とする点である。個人と環境は常に変化しているため、安定した環境を保つことに焦点を当てて治療を行うのではなく、クライアントが変化に適応できるように援助する。

DBTは個人の素質と閾値を超える環境要因の影響で精神疾患を発症するというストレス脆弱性モデルに類似した理論に基づいているが、Linehan(1993)の生物社会学的モデル(biosocial model)は個人の行動や機能と環境は継続的に1つのシステムとして相互に影響しあっていて、相互作用プロセスというよりは個人と環境の相互作用の影響が継続的に流れて行くトランザクショナルプロセスのモデルである。DBTは、BPDを個人と現在だけでなく生育環境間のトランザクショナルプロセスから生じる感情調整の障害であるとしている。感情的に傷つきやすく、調整不良になりやすい気質と妥当性を評価しない環境(invalidating environment)が互いに要求し、その要求を激化させて行く。DBTの主要概念の1つである「妥当性を評価しない」とはその人の真実で、効果的、純粋な行動、思考、感情、自己概念を正しくないとし、罰し、批判して、病的だとすることである。一方、他者の思考、感情、経験を妥当だとするのが「バリデーション(validation)」であり、行動療法では上手な強化行動、感情の正確な弁別などの機能によって決定される。バリデーションは好ましいものに対するだけでなく怒りや苦悩のような好ましくないものに対して実行されることもある。さらに、相手に同意する必要はなく、多様な段階があるとされている(Linehan, 1997)。DBTには治療段階があり、ステージ1の目標は系統的に構成されていて、以下の標的行動を減少させることであり、第1の標的行動は自殺企図、自己破壊行動、自傷行為、攻撃行動などであり、第2に治療の妨げになる行動であり、第3に生

活の質を低下させる行動であり、第4の目標はDBTのスキル・トレーニングにより様々なスキルを有効に使い、セルフ・コントロールできるようにすることである。ステージ2においても目標は、DBTのスキル・トレーニングにより様々なスキルを有効に使えるようになることであるが、標的行動が精神的苦悩、恥、怒り、さらに回避行動に変化する。抑うつ症状などの精神症状も治療の対象となり、行動を活性化させることも目標となる。空虚感、拒絶への過敏性、孤独感などの感情の表現にも焦点を当てる。ステージ3の標的は日常生活における問題であり、平凡な幸福を目標とする。ステージ4の標的は弁証法的に統合されていないことであり、満足することと共に感じる親密さが目標となる。DBTモデルにおいては、BPDの行動様式は感情、対人関係、自己、行動、認知の5つの調整障害のカテゴリーで構成されているとし、DBTはこれらすべてを治療の標的とし、マインドフルネススキル、対人関係保持スキル、感情調節スキル、苦悩耐性スキルで構成されているスキル獲得モジュールにより、感情、対人関係、自己、行動、認知を調整するスキルの獲得のための治療を行う (Linehan, 1993, Swales & Heard, 2009)。

2. DBT の治療構造

DBTでは従来の認知行動療法と同様に治療目標を明確にするためにケース概念化を行い、治療中も継続的にアセスメントを行う。治療者とクライアントとの協力的治療関係を重要視し、従来の認知行動療法で用いられてきた技法を応用するDBTストラテジーには、弁証法的ストラテジー、問題解決、行動分析、バリデーション、変化技法である強化随伴性、エクスポージャー、認知再構成がある。さらに、DBTには社会的スキル・トレーニングとして、マインドフルネス、対人関係保持、感情調節、苦悩耐性などのスキルがある(Linehan, 1993b)。DBTは個人療法とグループ療法により実施され、個人療法を受けているクライアントは必ずグループに参加する。上述のスキルをグループで習得し、個人療法ではチェーン分析や日記カードを用いてクライアントと共に問題に取り組む過程でこれらのスキルを応用する (Linehan, 1991, 1993ab)。

典型的弁証法的ストラテジーには、「willingness (意欲) と willfulness (抵抗・勝手)」, 「良い人と悪い人」、「内容とプロセス」、「規則に従うことと自己主張すること」がある。「willingness (意欲) と willfulness (抵抗・勝手)」とは、ある状況に対してその状況の必要性に応じて反応するwillingnessと状況が必要としていることに抵抗したり、自分の要求のみを通そうとするwillfulnessとの間に起こる治療場面において最も重要な緊張である。治療の場において「良い人と悪い人」がいることによる弁証法的緊張が治療の継続を促し、治療における「内容とプロセス」では、弁証法的バランスを保つことが重要である。DBTのスキル・トレーニングにはいろいろな規則がある一方でDBTの目標の1つは自己主張する対人関係のスキルを習得させることでもあり、この「規則に従うことと自己主張すること」における弁証法的緊張においてバランスを保つことが大切である。さらに弁証法的ストラテジーにおけるスキル・トレーニングにおいて、特に重要であるのが「賢い心」である。弁

証法的緊張にクライアントの感情と理性との間に起こるものがあり、「賢い心」は「感情的な心」と「理性的な心」を自分が適切であると思うように統合したバランスの取れた心である。危機的状況はスキルを用いる格好の機会であり、レモンからレモネードを作るように、不快な状況から心地よい状況を生み出すことができる。

問題解決ストラテジーはスキル・トレーニングの主幹の要素であり、厄介な状況についてその状況を分析し、より有効な対処方法を見出すものである。DBTの問題解決ストラテジーは、行動分析から始まる。観察および説明スキルを習得するチェーン分析を通して、クライアントはその出来事に影響を及ぼした環境および自分の行動について説明し、その出来事に対して用い、成功したスキル、失敗したスキルについても分析を行う。観察スキルを身に着けるものとして洞察ストラテジー、解決分析がある。バリデーション・ストラテジーは共感し、理解し、妥当性を認めるDBTの根幹と言えるものである。バリデーションではまず、自分の感情、思考、行動様式を観察し、正確に説明することができるようにクライアントを援助する。さらに、治療者はクライアントの気持ちに共感し、信念や期待について理解を示し（必ずしも信念や期待に同意する必要はない）、クライアントの行動を観察して正確に説明できるようにする。つまり、治療者はクライアントの感情、信念、期待、行動はよく理解できて、その生活状況において当然で、妥当であることを伝える。DBTにおいては変化技法も用いられ、強化随伴性のマネジメント、エクスポージャー、認知再構成などがある。これらの手法は従来の認知行動療法技法を応用したものであり、基本となる概念および手順は従来の療法に準じる。

DBT (Linehan, 1991, 1993a,b) は毎週行われる個人療法と集団により施行されるスキル・トレーニングとからなり、DBTの理論に基づいた認知行動的治療方法である。DBTの治療目的は、不適応的行動を巧みで効果的な行動に変えることである。DBTは弁証法的原則、生物社会モデルにもとづいた、多数の治療ストラテジーの組み合わせで行われる系統的な治療の構造を持つ心理療法である。主要な弁証法的変化は人生をあるがままに受け入れて行く過程の中で起こり、それがDBT治療過程およびセッションの基礎となっている (Linehan, 1993a)。DBTの治療はチームで行われ、治療者がクライアントとのコミュニケーションやDBT技法の実施、現実をあるがままに受け入れること（バリデーションなど）と現実を変化させてゆくこと（問題解決など）においてバランスを保つために役立っている。

3. 心理社会的スキル・トレーニング

DBTの集団療法のモジュールで実施される心理社会的スキル・トレーニングには、マインドフルネス、対人関係保持、感情調節、苦悩耐性の4つのスキルがある (Linehan, 1993b; McKay, Wood, & Brantley, 2007)。瞑想の心理学的、行動的方法であるマインドフルネスの根幹のスキルには、ストラテジーで述べたバランスの取れた「賢い心」を持つための“what”スキルと“how”スキルがある。“what”スキルは、観察し、その内容を説明し、関与・参加することで、“how”スキルは、批判的でない態度、そのとき1つのことの集中する、効果的であること（正しいと思うことをするのはな

く、実際にうまく行くことをする)で、「賢い心」が持てるようにする。対人関係保持スキルは、バランスの良い人間関係を維持するための方法を習得するもので、必要なことを要求したり、嫌なことを拒否したり、対人関係の葛藤に対処し、その関係を維持し、自尊心を保つためのスキルを養う。感情的苦悩を軽減する感情調節スキルにおいて大切なことは、自分の今、抱いている感情を特定し、分類することである。つまり、どのような状況でどのような感情を抱いているか正確に把握し説明することができなければならない、感情はとても複雑な反応であるのでとても大変な作業となる。有効に行うためには、出来事そのもの、どのようにしてその出来事がその感情を抱かせたのか、身体感覚などの現象体験、感情が表現された行動、その感情の余波などを観察、説明することが助けとなる。苦悩耐性スキルでは、苦悩に耐えて、あるがままに受け入れ、危機を乗り越える方法を習得する。現実があるがままに受け入れるということは、そのことに賛成し、是認することとは異なる。現実を無理に変えようとせず、感情を変えようとせずに今の気持ちを経験し、考えや行動を無理にコントロールせずに観察する能力を習得する。危機を乗り越えるストラテジーと現実があるがままに受け入れるストラテジーとがあり、前者には気をそらす、自分を落ち着かせる、今を好転させる、賛否両論を考えることによりスキルを習得し、後者は、徹底的な受け入れと考えの方向転換のスキルにより習得する。

Ⅲ 弁証法的行動療法の治療効果

DBT の治療効果について検証するために、DBT の治療効果を分析した 35 の研究 (Table 1) について検討を行った。BPD を対象者とした研究が 20、DBT だけでなく物質乱用、うつ病、PTSD を併発している対象者の研究が 6、パーソナリティ障害を対象とした研究が 1、神経性過食症と摂食障害を対象とした研究が 4、うつ病と希死念慮を対象とした研究が 4 であり、DBT が BPD の治療を目的に開発された心理療法であることから、77%の研究が BPD 対象であるが、23%の研究が DBT は他の精神障害にも効果があることを指摘している。研究方法は、無作為比較試験による DBT 治療効果の分析を行った 21 の研究、準実験計画による 12 の研究、2 つの研究がケース研究である。無作為比較試験と準実験計画法の研究では治療効果について測定を行い、DBT の実施前後、waitlist 統制群あるいは他の心理療法群との比較により治療効果の検証を行っている。waitlist 統制群との比較により DBT の治療効果を示したものは 4 つの研究であり、向精神薬の効果と比較検討した研究が 4 つあるが、16 の研究が他の心理療法とその治療効果を比較検討している。DBT の治療効果と比較検討に用いられた心理療法の内訳は、9 の研究が従来型精神療法を用い、2 つの研究が CTBE (community treatment by experts) を用い、クライアント中心療法、精神分析療法、CVT (comprehensive validation therapy)、PE (prolonged exposure)、HLMA (hierarchical linear modeling approach) も用いられている。

Table 1 DBTの治療効果についての検証結果

研究	診断	比較法	対象者	期間	結果およびDBT治療効果のより優れている点
Linehan et al. (1991)	BPD	従来型精神療法	46	52週	自殺企図の減少、治療の継続、治療効果の持続
Linehan et al. (1999)	BPD+物質乱用	従来型精神療法	28	52週	物質乱用の減少、治療の継続、社会適応
Linehan et al. (2002)	BPD+物質乱用	CVT	23	52週	治療の継続、治療効果の持続
Linehan et al. (2006)	BPD	CTBE	101	52週	自殺企図、自傷行為、希死念慮の減少、短い治療期間、救急診療利用率の低さ
Linehan et al. (2008)	BPD	処置前後	24	26週	DBTと薬物療法の併用がイライラ感、攻撃性、うつ症状、自傷行為に有効
Barley et al. (1993)	PD	従来型精神療法	130	43か月	自殺企図の割合が有意に低下
Bohus et al. (2000)	BPD	処置前後	11	12週	自殺企図、抑うつ、不安、解離症状の減少
Bohus et al. (2004)	BPD	waitlist統制群	50	12週	自傷行為、抑うつ、不安の減少、対人関係および社会適応の改善
Comtois et al. (2007)	BPD	処置前後	24	52週	自傷行為、入院期間・精神科救急外来受診の減少
James et al. (2008)	BPD	処置前後	16	52週	自傷行為、抑うつ、社会適応の改善
Low et al. (2001)	BPD	処置前後	10	52週	治療後およびフォローアップでの自傷行為の減少
Miller et al. (2000)	BPD	処置前後	16	12週	自我同一性、衝動性、情緒不安定、対人関係の問題における改善
Rathus & Miller (2002)	BPD/うつ病	従来型精神療法	111	12週	治療の継続、治療効果の持続、再入院率の低さ、精神症状と希死念慮の減少
Turner (2000)	BPD	クライアント中心療法	24	52週	自殺企図、自傷行為、入院期間の改善。治療関係の質の向上
Koons et al. (2001)	BPD	従来型精神療法	28	24週	希死念慮、抑うつ、怒りにより有効
Verheul et al. (2003)	BPD	従来型精神療法	58	52週	治療の継続、衝動的自傷行為の減少
Simpson et al. (2004)	BPD	薬物療法	25	12週	偽薬との比較において抑うつ、不安、怒りの表出、解離症状における改善
Soler et al. (2005)	BPD	薬物療法	60	12週	DBTと薬物療法の併用が精神症状および治療の継続に有効
Soler et al. (2008)	BPD	処置前後	42	12週	境界性パーソナリティ障害診断症状の減少
Woodberry et al. (2008)	BPD	処置前後	28	12週	思春期患者の自殺企図、自傷行為、抑うつ、怒り、解離症状の減少
Bedics et al. (2012)	BPD	CTBE	101	52週	自傷行為の減少、自己評価の改善、治療関係の肯定的評価
McMain et al. (2009)	BPD	精神分析療法	180	52週	自傷行為、BPD症状、抑うつ、不安の改善、入院期間・救急診療に有意差なし
McMain et al. (2013)	BPD	従来型精神療法	180	52週	自傷行為、精神症状の減少、対人関係および生活の質の向上
Neacsiu et al. (2010)	BPD	HLMA	108	52週	自殺企図、自傷行為、抑うつ、怒りの減少
Harned et al. (2013)	BPD+PTSD	PE	42	52週	自殺企図、自傷行為により有効
Dimeff et al. (2000)	BPD+物質乱用	処置前後	2	52週	物質乱用行動の減少
van den Bosch et al. (2002)	BPD+物質乱用	従来型精神療法	58	52週	自殺企図の減少、治療効果の持続、物質乱用では有意差なし
Safer et al. (2001a)	神経性過食症	ケース内変化	1	20週	むちゃ食いおよび自己誘発性嘔吐の減少
Safer et al. (2001b)	神経性過食症	waitlist統制群	31	20週	むちゃ食いおよび自己誘発性嘔吐の減少
Telch et al. (2000)	摂食障害	処置前後	11	20週	治療後およびフォローアップでのむちゃ食いの減少
Telch et al. (2001)	摂食障害	waitlist統制群	44	20週	治療後およびフォローアップでのむちゃ食い患者の減少
Lynch et al. (2003)	うつ病	抗うつ剤	36	28週	治療後・フォローアップでのうつ症状の減少、高完解率、対処行動の獲得
Lynch et al. (2007)	うつ病	抗うつ剤	35	24週	高い完解率、治療効果の維持、治療後・フォローアップでの抑うつ症状の減少
Harley et al. (2008)	うつ病	waitlist統制群	43	16週	Hamilton rating scale for depression, Beck depression inventoryの得点減少
Pistorello et al. (2012)	希死念慮	従来型精神療法	63	52週	希死念慮、自傷行為、抑うつ症状の減少、フォローアップでの社会適応の改善

BPD = borderline personality disorder; PD = personality disorder; CVT = Comprehensive Validation Therapy; CTBE = community treatment by experts; PE = prolonged exposure; HLMA = hierarchical linear modeling approach

研究の対象者はケース研究を除けば、11名から180名であり、対象者数の平均は $M = 54.14$, $SD = 45.11$ 、研究の規模は様々である。治療期間は、43か月間、月1回のセッションを行った研究を除くと、治療開始から終了までの週数の平均は $M = 34.65$, $SD = 18.07$ であった。BPD患者を対象に処置前後の変化を分析した8つの研究では、自殺企図、自傷行為、抑うつ、怒り、攻撃性、不安、解離症状の減少、社会適応、対人関係の改善、入院期間・精神科救急外来受診の減少などが報告されている。BPD患者を対象に waitlist 群との比較において DBT の治療効果を分析した研究でも、DBT 治療群においてのみ同様の処置前後の変化が報告されている。BPD患者を対象に従来型精神療法との比較において DBT の治療効果を分析した7つの研究では、自殺企図、衝動的自傷行為、怒り・攻撃性などの精神症状の減少、社会適応の向上、治療の継続、治療効果の持続が DBT 治療群において統計的に有意に認められたと報告されている。精神分析療法やクライアント中心療法との治療効果の比較分析を行った研究においては、DBT において自殺企図、自傷行為、BPD 症状に有意な改善がみられたが、クライアント中心療法に比較すると DBT 治療に入院期間の改善や治療関係の質の向上がみられたが、精神分析療法との比較においては入院期間・救急診療に有意な差は認められなかったと報告されている。CTBE を対照群の治療として用いた2つの研究、CVT、PE、HLMA を用いたそれぞれの研究においては、自殺企図、自傷行為に DBT がより有効であること、治療の継続、短縮、救急診療利用率の低さも DBT の特徴として報告されている。摂食障害を対象とした研究は、他の心理療法との比較において行われていないが、処置前後でむちゃ食いの減少が認められている。うつ病を対象とした waitlist 群との比較における研究ではうつ症状の自己評価尺度において統計的に有意なうつ症状の減少が報告され、抗うつ剤で治療した群と DBT 群との比較研究は、うつ症状の減少、高完解率、対処行動の獲得において DBT の治療効果が優れていることを報告している。以上の研究結果は、DBT は自殺企図、自傷行為、その他の BPD に特徴的な精神症状の減少に有効であることを示している。さらに、dropout が少ないこと、短い治療期間、精神科救急外来の受診の減少、再入院率の低さなどの症状についてだけでなく、治療そのものが有効に行われることを指摘する結果も多く認められ、BPD の治療に非常に有効であるといえる。その他の症状についても、うつ・不安症状、対人関係の問題および社会適応においても改善が報告されていて、他の精神障害に対する治療にも有効であることが示唆される。

IV 弁証法的行動療法と森田療法

1. 森田療法

森田療法（森田, 2007a）は森田正馬により創始され、森田神経質における認知と行動の変化を促し、建設的、生産的活動を助長させる心理療法である。森田療法はその独特な理論的基盤と治療方法により、西洋諸国の精神療法家からも注目されるようになり、禅宗(Kora & Sato, 1958; 鈴木, 1977),

ロゴセラピー(Noonan, 1969), 行動療法(Gibson, 1975; Reynolds, 1976), 認知行動療法 (Hofmann, 2008)との類似点が考察されている。森田神経質者は必要以上に体に気を遣うヒポコンドリー、内向性、自意識過剰、完全欲が強く、独断的で、理想が高く、達成欲が強く、自己否定的で、不安や葛藤が強いといった特性を持つ。森田神経質の素因は神経質で過敏という気質と学習され、習慣となった自己否定的認知様式であるとされていて、治療の目標は神経質を切り捨てるのではなく、機能的でない認知行動様式を修正して、生産的でない自己否定行動を減少させ、自己実現して行くことである。森田神経質を弱点として考えるのではなく、機能的建設的な性質として前向きに受け入れ、現実的行動へと方向づけを行う(森田, 2007ab)。

森田療法の中核にある理念に「あるがまま」があり、この理念は事実をそのままの姿で認めることである(森田, 2007a)。人は常に相反する志向性を持っていて、善に対して悪があり、喜びに対して悲しみがあ、自信に対して不安や葛藤がある。これらの一方を切り捨てて他方の欲望や感情にしたがって行動することは困難である。自己実現するために困難な状況に立ち向かい、目標を達成したい気持ちと辛く大変なことは回避し、逃避したいという気持ちいずれもその人の人間性である。自己実現欲求と回避・逃避欲求が同時にあることは自然なことであり、森田療法では不安、葛藤、逃げたい気持ちを否定するのではなく、そのままに自分の感情として受け入れる。この不愉快な感情をそのまま受け入れることが「あるがまま」とされている(岩井, 1986)。つまり、自己否定的、回避欲求を「あるがまま」に受け入れることは「目的本位」に行動する、自己実現欲求を遂行するための手段であって、自己の本能的欲望に従い行動することを意味するのではない。一人の人間として人生における目標を見つけて行動するときに希望と同時に生じてくる不安や葛藤をそのまま受け入れることを「あるがまま」としている。

森田療法では、恐れを抱く思考や不安感は自然で正常なものであるとしていて、「生への欲望」を危うくする脅威に対して神経質になることは「向上発展の欲望」を満たそうとする側面でもある。「生の欲望」は生得的、内発的に人が持っているものであり、人は生まれながらに生存したい欲望と人として生きる方向性を持っている。個人の生き方により、生得的、内発的「生の欲望」の在り方に個人差が生じるとしている。この「生の欲望」には二つの局面があり、一方では人がより良く生きようとする向上発展の欲望であり、もう一方は生命を維持し、死を回避するために起こる心氣的傾向であるとしている。さらに、後天的「生の欲望」も存在するとされていて、人の精神的発達段階とともに変化する。人の欲望には生命維持の欲望からより崇高な欲望まで様々な欲望が存在するが、真なるもの、善なるもの、美なるものと偽りなるもの、悪なるもの、醜なるものの二面性があり、「人間存在の真実」とされている(森田, 2007ac)。森田神経質者は真実で、善で、美しい欲望のみを肯定し、求め、偽りで、悪で、醜い欲望を否定する。この傾向は理想的であるように思えるが、非現実的な偏った認知であるといえ、森田療法ではこの現実を率直に認め、相反する欲望が人には同時に存在していることを受け入れることを重要視している。森田神経質者は不安を抱くことを弱点や病的気質と捉え、不

安に抵抗したり操作したりしようとするが、大切なスピーチの前には緊張感で押しつぶされそうになったり、バンジージャンプでパニックになって止めてしまうことは珍しいことではない。

森田療法では正しい感情や誤った感情はなく、感情を自発的で、自然な個人の経験であるとしている。感情は認知、身体的反応、環境の複雑な相互作用によるものであるが、単純なものとしている。思考や行動は比較的コントロールしやすいが、感情は即座にコントロールすることが難しい。そこで森田療法は、感情は「今ここで」経験され、感情を無理にコントロールしようすると怒りや不快感となってしまうとしている(森田, 2007ac)。「今ここで」経験された感情は無理に抑圧したり、変えたりする必要はなく、不安などの感情をそのまま、「あるがまま」に受け入れることが治療の目標となる。自然発生的な感情はコントロールすることは難しいが、意識的に操作して抑えつけようとしなければ、長く続くことはなく、いずれは消滅する。森田神経質者は不安や不快な感情は無理にでもコントロールし、排除しなければ、恐ろしい結末を迎えると予測する。そして、好ましくない感情を排除する努力は、完全主義的自己期待、独断的信念、非現実的理想、非生産的な自己非難、自己否定、葛藤につながって行く。したがって不快な思考や感情にこだわるのではない自己認識が、自己の成長および効果的社会適応の重要な要因であるとしている(森田, 2007ac)。自意識過剰が不快な感情において、重要な役割を果たしていることが指摘されている。森田神経質者は、わずかな脅威、不快、不安にも敏感で、過剰な反応をする傾向にあり、森田療法では不快、予期不安、感情の自己コントロールに向けられた注意を他の方向に向けることが治療の目標となる。さらに森田神経質者は、他人は不安がなく、不快な感情をコントロールする意志の力があると考え、劣等感を抱き、自己評価を低くしている。自意識過剰であることから、不安で深い感情をコントロールできないことで他人から批判されていると感じ、社会的、精神的に孤立してしまう。

2. 森田療法の弁証法的行動療法への影響

森田療法と禅宗、論理情動行動療法や ACT などの認知行動療法との類似点および相違点について論じられているが、本研究においては DBT との類似点を検討し、森田療法の DBT に対する影響について考察を行う。DBT の弁証法的視点においては、すべての事象には対立するものが内在しているということ、クライアントは現在のありのままの自分を受け入れることとその自分を変えて行く必要があるという両極性があること、現実の基本的性質は内容や構造ではなく、変化とその過程とすることが指摘されている。森田療法においても、人は常に相反する志向性を持っていて、一方を切り捨てて他方の欲望や感情にしたがって行動することは困難であるとしている。目標を達成したい気持ちと回避したいという気持ちがあることは自然なことであり、森田療法では不安、葛藤、逃げたい気持ちを否定するのではなく、そのままに自分の感情として受け入れる。この不愉快に感情をそのまま受け入れることが「あるがまま」とされている。つまり、自己否定的、回避欲求を「あるがまま」に受け入れることは「目的本位」に行動する、自己実現欲求を遂行するための手段であると

している。これらの森田療法の理念は、DBTの弁証法的視点に類似しており、禅や仏教の教えの影響がいずれの療法にもあることは確かであるが、森田療法のDBTへの影響も否めない。

DBTの心理社会的スキル・トレーニング(Linehan, 1993; McKay, Wood, & Brantley, 2007)においても森田療法の影響がうかがえる技法がみられる。瞑想の心理学的、行動的方法であるマインドフルネスにおける「賢い心」を持つための“how”スキルでは、現実やそこで抱く感情を変えようとせず、今の気持ちを経験し、考えや行動を無理にコントロールせずに観察する能力を習得する。森田療法では感情を自発的で、自然な個人の経験であるとし、感情は「今ここで」経験され、感情を無理にコントロールしようとする怒りや不快感を誘発するとしている。「今ここで」経験された感情は無理に抑圧したり、変えたりする必要はなく、不安などの感情をそのまま、「あるがまま」に受け入れる。これらの森田療法の考え方は、DBTの“how”スキルの基盤となる理論と類似しており、ここにも森田療法の影響がうかがえる。あるがままに苦悩を受け入れるDBTの苦悩耐性スキルにおいても、森田療法における「あるがまま」の境地への到達を目的とする森田療法の影響が考えられる。問題解決ストラテジーにおける行動分析で用いるチェーン分析においては、1次的感情と2次的感情の区別をしており、1次的感情はその場ですぐに抱く自発的で自然な感情であり、2次的感情はその状況についての認識から発生してくる感情で怒りや不快感であることが多い。DBTでは1次的感情に気づくことが重要であるとしていて、この考え方も森田療法の「今ここで」経験された感情をコントロールせずに受け入れることに影響を受けているのではないかと推測される。

DBT、森田療法いずれにおいても治療の目標は、自己を受け入れ、自己実現を達成するために感情、思考、行動を変化させることであり、手段として固有の治療理念に基づく様々な技法を用いる。大きな相違点は、DBTはBPDの治療を目的に開発され、森田療法は森田神経症の治療を目的としている。がしかし、DBTおよび森田療法は、それぞれの治療の対象とする障害について精神医学的診断の観点からではない独自の理論を展開させている。DBTは個人の素質と閾値を超える環境要因の影響でBPDが発症するとする生物社会学的モデルに基づく療法であり、BPDを個人と現在だけでなく妥当性を評価しない生育環境間のトランザクショナルプロセスから生じる感情調整の障害であるとし、生物社会的理論の観点から理解を深めたいうで治療法を開発している。DBTの治療法の開発方法は、森田神経質は生得的神経質素質とともに発達に伴う環境要因も影響を及ぼしているとする理論に基づく森田療法の開発方法に追従しているといえる。

DBTは弁証法的ストラテジー、問題解決、行動分析、バリデーション、変化技法である強化随伴性、エクスポージャー、認知再構成などのストラテジーとマインドフルネス、対人関係保持、感情調節、苦悩耐性などのスキルの社会的スキル・トレーニングで構成されている。さらに、チェーン分析や日記カードなども用いる多彩な技法がある構成化された心理療法である(Linehan, 1991, 1993)。DBTの治療目的は、不適応的行動を巧みで効果的な行動に変えることで、弁証法的原則、生物社会モデルにもとづいた、多数の治療ストラテジーの組み合わせで行われる系統的な治療の技法を持つ。森田療

法にも様々な特徴的な技法があり、入院療法で行われる第1期における1週間の日常的な外界と遮断する「絶対臥褥」「軽作業期」「日常作業期」「生活訓練期」に行う作業療法、「講話」、「日記」などがある。個別の明確で具体的な技法をその治療段階や治療形態に応じて駆使する点でも2つの療法は類似している。さらに、いずれの療法においてもその教えに比喻が用いられる点も特記すべきことである。これらの類似点は療法の発祥の年代を考慮すると森田療法の影響を推測することとなる。

V おわりに

第三の波とも称される新次元の認知行動療法が開発され、弁証法的行動療法 (DBT; Linehan, 1991, 1993) に代表される。新次元の認知行動療法は臨床的経験に基づく理論的根拠が明確に定められている心理療法で、教育的で直接的な形態の定められた認知行動療法技法に加えて、心の動きにおける前後関係や機能に焦点を当てた文脈的、経験的な変化をもたらす技法を積極的に用いる。新次元の認知行動療法は理論的根拠だけでなく、クライアントの価値観や人間関係、治療関係、受容、柔軟でバランスの取れた考え方を重要視し、マインドフルネス (mindfulness) を用いる共通点がある。本論文では弁証法的行動療法(BPD)の治療技法について概観し、DBT の治療効果について臨床心理学専門誌に報告された研究を基に検討し、さらに、森田療法および東洋思想の DBT への影響について考察を行った。

DBT は境界性パーソナリティ障害 (BPD) の治療法として開発されたが、摂食障害、気分の障害、不安障害などにも効果のあることが示されている。DBT は個人療法とスキル・トレーニングの組み合わせにより行われ、いずれにおいてもその理論的基盤は BPD についての弁証法的視点および生物社会的理論に基づいている。DBT の基礎理論には現実の基本的性質における弁証法が取り入れられ、治療法やストラテジーには説得力ある対話や関係における弁証法が生かされている。DBT においては、現実の基本的相互関係およびその全体を重視し、個々の現象を個別に見ることはしない。また、すべての事象には対立するものが内在していて、対立する両極性を統合して新しいものにして行く。両極性には、クライアントは現在のありのままの自分を受け入れることとその自分を変えて行く必要があるということ、スキルを身に着けることによって得るものがあると同時に失うものもあること、これまでの問題の把握を妥当だと受け入れると同時にその問題を解決するためにスキルを習得しなければならないということがある。さらに、弁証法的特性には、現実の基本的性質は内容や構造ではなく、変化とその過程とすることがある。個人と環境は常に変化しているため、安定した環境を保つことに焦点を当てて治療を行うのではなく、クライアントが変化に適応できるように援助する。

DBT は個人の行動や機能と環境は継続的に1つのシステムとして相互に影響しあっていて、個人と環境の相互作用の影響が継続的に流れて行くトランザクショナルプロセスの生物社会学的モデルに基づく。DBT の主要概念の1つである「バリデーション (validation)」は、他者の思考、感情、経

験を妥当だとし、上手な強化行動、感情の正確な弁別などの機能によって決定される。DBT はマインドフルネススキル、対人関係保持スキル、感情調節スキル、苦悩耐性スキルで構成されている社会的スキル・トレーニングのスキル獲得モジュールにより、感情、対人関係、自己、行動、認知を調整するスキルの獲得のための治療を行う。DBT ストラテジーには、弁証法的ストラテジー、問題解決、行動分析、バリデーション、変化技法である強化随伴性、エクスポージャー、認知再構成がある。DBT は個人療法とグループ療法により実施され、スキルをグループで習得し、個人療法ではチェーン分析や日記カードを用いてクライアントと共に問題に取り組む過程でこれらのスキルを応用する。DBT の治療目的は、不適応的行動を巧みで効果的な行動に変えることであり、弁証法的原則、生物社会モデルにもとづいた多数の治療ストラテジーの組み合わせで行われる系統的な治療の構造を持つ心理療法である。主要な弁証法的変化は人生をあるがままに受け入れて行く過程の中で起こり、それが DBT 治療過程およびセッションの基礎となっている。これまでに行われた DBT の効果に関する研究結果は、DBT は自殺企図、自傷行為、その他の BPD に特徴的な精神症状の減少に有効であることを示している。さらに、dropout が少ないこと、短い治療期間、精神科救急外来の受診の減少、再入院率の低さなどの治療が有効に行われることを指摘する結果も多く認められ、BPD の治療に非常に有効であるといえる。その他の症状についても、うつ・不安症状、対人関係の問題および社会適応においても改善が報告されていて、他の精神障害に対する治療にも有効であることが指摘されている。

森田療法は森田神経質における認知と行動の変化を促し、建設的、生産的活動を助長させる心理療法であり、治療の目標は神経質を切り捨てるのではなく、機能的でない認知行動様式を修正して、生産的でない自己否定行動を減少させ、自己実現して行くことであり、事実をそのままの姿で認める「あるがまま」が理念の中核にある。人は常に相反する志向性を持っていて、自己実現欲求と回避・逃避欲求が同時にあることは自然なことであり、森田療法では不安、葛藤、逃げたい気持ちを否定するのではなく、そのままに自分の感情として受け入れる。森田療法では正しい感情や誤った感情はなく、感情を自発的で、自然な個人の経験であるとし、「今ここで」経験され感情は無理に抑圧したり、変化させる必要はなく、不安などの感情をそのまま、「あるがまま」に受け入れることが治療の目標となる。

森田療法と認知行動療法との類似点および相違点について論じられているが、本研究においては DBT との類似点を考察した。DBT の弁証法的視点および森田療法いずれにおいても、両極性、相反する志向性といったアンビバレントな思考や感情を持つことは自然な姿であると指摘している。すべての事象には対立するものが内在しているということ、その状態を「あるがまま」に受け入れることを重要視している。また、DBT の心理社会的スキル・トレーニングにおいては、瞑想の心理学的、行動的方法であるマインドフルネスにおける「賢い心」を持つために現実やそこで抱く感情を変えようとせず、今の気持ちを経験し、考えや行動を無理にコントロールしない。森田療法でも感情を自発的で、自然な個人の経験であるとし、感情は「今ここで」経験され、感情を無理にコントロールせず、

不安などの感情をそのまま、「あるがまま」に受け入れる。DBTのあるがままに苦悩を受け入れる苦悩耐性スキルにおいても、「あるがまま」の境地への到達を目的とする森田療法の影響が認められる。DBTの問題解決ストラテジーにおいてはその場ですぐに抱く自発的で自然な感情に気づくことが重要であるとしていて、森田療法の「今ここで」の理念の影響がここにもうかがえる。さらに、DBTおよび森田療法いずれも、それぞれの治療の対象とするBPDおよび森田神経質について精神医学的診断の観点からではない独自の生物社会学的理論、生得的神経質素質理論を展開させている。森田療法のDBTへの影響を推測する多数の要因の一つとして、いずれも理論的基盤を持つ様々なストラテジーの組み合わせで行われる系統的な治療の技法を持つ心理療法であることもあげられる。

脚注: 本研究は平成25年度、海外留学により常駐したUniversity of Nevada Reno, Department of Psychology, Dialectical Behavior Therapy and Research ProgramにおいてResearch scholarとして実施した研究の一部である。

文 献

- Barley, W. D., Buie, S. E., Peterson, E. W., Hollingsworth, A. S., Griva, M., Hickerson, S. C., Lawson, J. E., & Bailey, B. J. (1993). Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment. *Journal of Personality Disorders*, 7(3), 232-240.
- Beck, A. T. (1970) Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A. T. (1984) Cognition and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1112-1114.
- Beck, A. T. (1991) Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 66-77.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887,
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research Therapy*, 42, 487-499.

- Comtois, K. A., Elwood, L. M., Holcraft, L. C., Smith, W. R., & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of dialectical behavioral therapy in a community mental health center. *Cognitive Behavior Practice*, 14, 406-414.
- Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24, 189-193.
- Dimeff, L., Ruzvi, S. L., Brown, M., & Linehan, M. M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with border-line personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 457M-68.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Gibson, H. B. (1975). The centenary of Shoma Morita. *Bulletin of British Psychological Society*, 28, 346-348.
- Harned, M. S., Tkachuck, M. A., & Youngberg, K. A. (2013). Treatment preference among suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 749-761.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 280-285.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- 岩井寛 (1986). 森田療法 講談社現代新書
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. A. (2008). Preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persisting, deliberate self-harm (DSH). *Child Adolescent Mental Health*, 13, 148-152.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Kora, T. & Sato, K. (1958). Morita therapy: A psychotherapy in the way of Zen. *Psychologia*, 1, 219-225.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., & Gallop, R. J. et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, S. A., & Welch, S. S. et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H. R., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behaviour therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 999-1005.
- Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M., & MacLeod, A. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behavior therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 85-92.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131-143.
- McCullough, J. P., Jr. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. CA: New Harbinger Publications Inc.
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169, 650-661.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183-187.
- 森田正馬 (2007). 新版 神経質の本態と治療—森田療法を理解する必読の原点 白揚社
- 森田正馬 (2007). 新版 自覚と悟りへの道—神経質に悩む人のために 白揚社
- 森田正馬 (2007). 新版 生の欲望—あなたの生き方が見えてくる 白揚社

中野敬子 (2009) ケース概念化による認知行動療法・技法別ガイド—問題解決療法から
認知療法まで 遠見書房

- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 832-839.
- Persons, J. B., & Burns, D. D. (1985) Mechanisms of action of cognitive therapy: The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 539-551.
- Noonan, J. R. (1969). A note on an eastern counter-part of Frankl's paradoxical intention. *Psychologia*, 12, 147-149.
- Persons, J. B., & Burns, D. D. (1985). Mechanisms of action of cognitive therapy: The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 539-551.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., Maclane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 982-994.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Reynolds, D. K. (1976). *Morita Psychotherapy*. Berkeley: University of California Press.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001a). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 101-106.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001b). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Simpson, E. B., Yen, S., Costello, E., Rosen, K., Begin, A., et al. (2004). Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 379-385.
- Soler, J., Pasqual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., et al. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1221-1224.
- Soler, J., Trujols, J., Pascual, J. C., Portella, M. J., Barrachina, J., Campins, J., Tejedor, R., Alvarez, E., & Perez, V. (2008). Stages of change in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 417-426.
- 鈴木知準 (1977). 森田療法を語る—ノイローゼの人達・専門医家に 誠信書房
- Swales, M. A. & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behaviour therapy: Distinctive features*, New York: Routledge.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569-582.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.

- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413-419.
- van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behavior*, 27, 911-923.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Oxford: Pergamon.
- Woodberry, K. A. & Popenoe, E. J. (2008) Implementing dialectical behaviour therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive Behavior Practice*, 15, 277-286.