

# 弁証法的行動療法 (DBT) による、 スピリチュアルな視点を取り入れた援助事例

井上 真彩子  
古宮 昇

## はじめに

日本の自殺者数は1998年より14年連続して3万人を超える状態が続いていたが、2010年1月厚生労働省は「自殺・うつ病対策プロジェクトチーム」を組織し、各都道府県・政令指定都市を巻き込んだ「こころの健康統一ダイヤル」や内閣府の「ゲートキーパー」を含む多くの精力的な取り組みを始めた。その成果あってか、2012年にはようやくその数も3万人をきり、2016年には21,897人にまで減少した（厚生労働省、2017）。しかしながら、社会人口統計体系（総務省 2017）によると、2005年1842万人余だった精神科病院外来者延数は、2014年には2082万人余と200万人以上増加している。たとえ自殺者数は減ったにしても、精神が健やかでない人が増えているようではまだまだ真に豊かな社会とはいえない。

小谷野ら（2013）によると、厚生労働省「自殺・うつ病対策プロジェクトチーム」は、日本の精神科医療では諸外国に比して多剤・多量処方の実態がある、と指摘しており、薬物と同様の効果がある認知行動療法の治療への導入が注目されている。

広い意味での認知行動療法の1つに含まれる心理療法として、弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy : DBT) がある。遊佐（2007）によると、米国では、DBTが境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personal Disorder : BPD) 治療の主流となっており、この治療法でないと保険の支払いがされないこともあるという。

この論文は、第1著者（井上）がおこなったDBT事例について、その終結後に第2著者とともに検討し、そこで明らかになったことを報告するものである。

## 弁証法的行動療法とは

弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy : DBT) は、ワシントン大学心理学教授の Marsha Linehan によって感情調節機能不全の人たちの治療法として開発された（遊佐 2007）ものである。そして国際的に、自傷傾向の強い BPD のための、最も注目されている治療法の1つである。このアプローチはたとえば「変化しなければいけない」と「今のままでパーフェクトだ」、「(思いやりのある) 要求的アプローチ」と「養育的スタ

イル]、あるいは「現実原則に基づいた対応」と「温かい態度」など相反するものの間を行ったり来たりすることにより生まれる緊張が治療的变化を起こさせるという弁証法的概念によるものである。一見矛盾していると思われてきた変化と受容を、そのバランスをとることで、ひとつの治療システムとして統合したのである。特にこの変化は、様々な相互影響（患者と環境・患者と治療者など）の中でおきるため、患者が変化するのみならず、患者に変化させられた治療者が、患者の成長を促進するような影響をどのように与えていくかが重要である（遊佐，2000）。

永田（2007）によると、DBTの有効性はBPDのみならず、薬物関連障害・パーソナリティ障害・摂食障害などに対しても認められている。さらにその適用範囲は上記に加え、双極性障害、アルコール依存症・不安障害にまでひろがりをみせている（小谷野ら，2013）。

DBTは非常に総合的な治療法で、その標準モデルはつぎの4つの治療的な方法を組み合わせると約1年間行われる。：①個人カウンセリング ②DBTスキル訓練 ③電話相談 ④セラピストへのスーパービジョンとコンサルテーション。来談者は個人カウンセリングにより、生活の中で直面する困難とつらい感情に対処する方法を、DBTスキル（感情スキル・対人関係スキル・苦悩耐性スキルの間に、マインドフルネスを織り込んでいくもの）として学び、電話相談による支援を受けながら、自殺や自傷など衝動的で治療のじゃまとなる行動に負けず乗り切っていくよう取り組む。（遊佐，2011）。

### 日本におけるDBT療法の難しさ

DBTが日本に輸入されて15年以上経つが、まだまだ本格的に実践している機関は少なく、Linehan（1993）が示したようなマニュアル通りに構造化された形式での実践は難しい。標準化DBTの治療者養成システムがまだ日本には存在していない（岸，2011）だけでなく、欧米で開催されているような系統的講習会も充実していない。さらに、欧米と日本では対人関係の質に大きな違いがあり、欧米流の個人主義的でややドライな関係と比べ、重層的で複雑、ウェットな日本のそれは、標準DBTの合理的構造に基づく治療システムに必ずしも適応せず、患者がドロップアウトしやすいとの指摘もある（小野，2007）。また、米国のどこの精神科の専門病棟、外来も治療は高度に構造化されていて、DBTを受け入れる素地がすでにあるのに比べ、日本ではたとえ大学病院であっても自分の患者は自分1人の責任で対応する必要があり、スキルトレーニングも配布資料頼り、夜間の電話対応は到底不可能で（永田，2007）、ましてや個人病院の心療内科やカウンセリングルームなどはスタッフ不足である。さらに標準化DBTを保険点数で換算すると1人当たり軽く見積もっても12万2000円／月以上となり、金銭的な各方面の負担も大きすぎる。そのため、簡易プログラムにすると同時に公的援助や法改正による混合診療の上、現行の自立支援の適用を望む声もある（吉永，2007）。日本において標準的なDBTを実施するには、多くの時間と労力と費用がかかり、コストやスタッフの不足から考えると困難である（石井，2007）と考えられている。

しかしながら、遊佐（2011）や岸（2011）が述べるように、DBTはBPD以外の精神疾

患患者にも適用可能かつ有効なアプローチであるので, その存在は重要である。

ならば, Linehan (1993) 自身が述べているように, 多くの施設や部署で行われている様々なバージョンのどれがベストということではなく, 個々のモジュールを自由に修正し, 短く, あるいは長くし, 再構成し, 様々な組合せに興味をもって, それを試してくれることを推奨したいとの女史の意思をくみたい。わずかずつでも日本の現状と文化と限界に合わせた, 新しい組み合わせや修正など多くの試行錯誤の検討がなされることが望ましい。それら様々な玉石混交の試みの中から, 日本における新しいアイデアや応用法が編み出される一助になりえないかとの思いで, この1事例を報告する。

日本には, 諸外国のように明確な宗教観が薄いとされており, また, 論理より情緒で反応する部分も多い (小野, 2007)。この論文では, 欧米発信の論理的・合理的な DBT に, 特定の宗教にしばられないスピリチュアルな色付けをし, そんな日本人にとってドライに感じがちなワークへのモチベーション向上に向けて, 時勢に即した穴埋め, もしくは補足となるものを模索する。DBT・マインドフルネスの根本に流れる, 欧米のキリスト教・禅など多くの宗教に共通する要素を活かす形で, 危機的精神状態であった不安定な女性に DBT プログラムを最後まで完結させ, 自己へのイメージを変化させた1事例を報告する。「日本人になじむ DBT の普及を目指す大きな流れ」の川底の, 小さな一石となれば幸いである。

### スピリチュアルな視点とは

Linehan (2000) は, 弁証法は西洋の哲学であり, もし自分が仮に東洋に生まれ育っていれば東洋の哲学を活用して同じ概念を説明し, 異なった名前と呼んでいただろうと語っている。

日本人は無宗教だというイメージが強い。しかし, 日常会話で「生まれ変わったら…」などと話したり, 「いただきます」「ごちそうさま」など感謝の意を表現することが文化的所作に含まれていたり, 倫理意識が非常に高いといったように, 日本人は広い意味では信仰心が篤いと言えるかもしれない。にもかかわらず日本人たちは, 一定の宗教に, あるいは宗教的表現に抵抗感を示すことが少なくない。あるいは, 多くの宗教が信者としての制限拘束もなく自由に存在しているといっているかもしれない。生まれれば神社にお宮参り, 合格祈願は宗派を問わず神社仏閣を訪れ, 結婚式は教会, 死んだら寺で葬式をするにもかかわらず, どの特定の宗教の洗礼も受けていないというのが一般的に受け入れられている国民性であろう。

本ケースにおけるスピリチュアルな視点は, 日本の現状にあった DBT を開発したい, という第1筆者の思いと共に, 「日本の精神・心理・社会・文化・宗教等日本人の存在の在り方と深くかかわる日本的スピリチュアリティ (上村, 2010)」を意識したものである。

日本人にとって DBT をなじみよいものとするためには, 日本的スピリチュアル視点での独自のアプローチを模索する必要があるだろう。その試みの1つとして, 本ケースでは,

キリスト教的な「神」や「天使」「聖霊」「天国と地獄」…といった宗教的な表現を避け、普遍的な単語（例えば宇宙・自然のリズム・不思議な力・大いなる流れ・愛・光・生まれる前・死んだあと…など）を使用するよう努めた。

スピリチュアリティの定義については世界中で論じられており、その立場やシーンによりさまざまなものがあるため、はっきりとした定義は難しい。上村（2010, p.149）によれば、日本スピリチュアルケア学会においても「スピリチュアルケアということばは、固定的な定義を持ち得ず、それぞれの理論的かつ実践的場面で種々様々に変容するという結論に達した」とし、スピリチュアルの概念は「患者理解・援助に資するべきであり（略）定義の固定化によってその豊かな可能性」が殺されてしまっているといわれている。

本ケースにおいては、スピリチュアリティの定義として、セラピストは来談者と次の点で大まかな合意を得た。

- 1) 人間を「物質（身体）」「精神（心）」「霊性（魂）」の3面からとらえること。
- 2) 生まれる前にも死後にも続く世界があり（前世・今世・未来世）、永続性のある魂はその記憶を蓄積しているが、物質界にいる間は通常その記憶は思い出せないということ。
- 3) 魂は生まれ変わる際に「自由に」「喜びをもって」「経験をし」「成長・拡大する」ための選択によって、人生計画を自ら立てたということ。
- 4) 人生に起こる出来事は、魂の成長という目的に照らすと、無駄なく有効なことが最適なタイミングでしか起こらないということ。

### 事例の概要

来談者はA子さん。DBT開始当時41歳で7年前に離婚していた。仕事は無職で、2人の子ども（当時16歳娘と13歳息子）とともに生活保護を受けていた。本論文の第1著者がセラピストである。

A子さんとはDBT開始の8年前に3年間の断続的カウンセリングを計24回行っていた。その当時、小1の息子への虐待を保健婦さんにほのめかしていたが、離婚に向けての諸問題と新しい男性との関係で手が回らず、虐待的行為のために息子が小2になると保護隔離されそうなことに焦りを見せていた。また、親との関わりが越えられないとしばしば語り、特に母親からの軽蔑と拒絶、父親からの否定に苦しんでいた。その間スピリチュアルな視点については積極的に学んでおり、魂の永続性や、魂の学びという発想により、せっぱつまった思考傾向や完璧主義、感情衝動性などは改善していたが、本人の依存傾向の増大と治癒へのモチベーションの低下により「今はこれ以上治りたくない」との意思確認をもって面談が一旦終了した。

6年後、高2になった娘の成績優秀さに比べ、中2になった息子が不登校気味でゲーム漬けのため昼夜逆転となり悲惨な成績をとったことを悲観して、Aさんは硫化水素自殺を図り、A病院に1ヶ月入院。うつおよび適応障害との診断を受け、退院後は、息子のサポート体制のため市や学校など10名チームによる見守り体制のなか、病院からの指示によ

り、投薬・調理のためのヘルパー 2 名/週 2 回の援助を受けながら、B 心療内科で受診中であった。

A 子さんは、6 年ぶりに第 1 筆者のところに「息子を何とかしたい」とせっぱつまった様子で来談した。顔の激しいひきつきり、手指のふるえ、激しい頭痛・肩こり・腰痛、どもりがあった。また、呼吸が浅く無表情で、どこか他人事のような話し方をした。それでも現状をしっかりと順序立てて説明することはできた。以下に、彼女との面談過程と面談終了後半年までの期間を、6 期に分け考察する。なお、セッションはおよそ週 1 回のペースで行われ、途中 1 か月の入院期間による 2 か月のブランクを除き、ほぼ無欠席で 36 セッション、約 1 年で終結し、その半年後に終結後のインタビューを得た。A 子さんの発言は「」, セラピストの発言は<>療法名は【 】で示す。

### 当初の面接の方針

McKay (2007) らの弁証法的行動療法実践トレーニングブックと、愛原式行動療法ホームワークプログラム (2015) を用いて援助を実施した。

毎週 1 回 90~120 分の中で、

- ① 宿題：簡単な軽作業・家事など (愛原, 2015) の実践結果の確認
- ② カウンセリング
- ③ DBT スキル訓練 (McKay, 2007) の説明
- ④ DBT スキル訓練実践練習

を完了した後、次の面接までの家庭実習中、不明点等についてはメールを活用した。

③の DBT スキル訓練に関しては、読解能力の低い A 子さんにも理解しやすいよう、口頭で平易な言い換えを多用して解説を行い、平易な表現に変えたわかりやすいプリントを必要に応じて配布した。

また、24 時間電話対応は不可能なことから、緊急対応はできない旨、また、つらい時はいつでもメールを送信すること、そして返信は基本的に内容を把握した旨と短い共感・励ましのみとし、次回にそれについて語り合うことを合意していた。

初回来談の時点ですでに生活福祉課 2 名・子育て支援室 2 名・息子の中学教諭 2 名・教育委員会 1 名・保健センター 1 名・A 病院 2 名の対策チームが作られており、セラピストへは本人から逐一そちらの情報が報告されていた。

### 面接の経過

#### 第 1 期 自己 (他者) 否定期 (X 年 1 月 20 日~X 年 3 月 9 日 全 8 回)

主訴は「ワーストになってしまう (圧倒されるような感情の意) 自分を止めたい。息子を殺してしまいそうになる」, および「息子をほめてやれるようになりたい」の 2 点であった。「冬休みに入る前に息子を施設に入れたいと言ったが、学校の先生や家庭センターに何度交渉に行っても、『本人の意思がなく、空きもないのでダメ』と言われた」と焦った様子で語り、攻撃性をコントロールできない危険な自分から息子を守ろうとし

ている気持ちを様々な表現でA子さんは語った。3学期が始まり、親権を元夫に渡すよう医者から言われ、学校側に「邪魔ばかりするな！親権を手放すから！」と攻撃的な電話もしていて、相当危機感を持っていた。当の息子は家庭センターへも、父親の元へも行きたがらず、A病院が条件として出した大病院の受診（市立の総合病院小児精神科）もいやがり数回でやめている。

息子は昼夜逆転のため朝が起きられなかった。そのため毎朝、A子さんが息子を起し、脱力状態の息子の着替えをすべてしてやり、いやがる息子を玄関まで引きずっていき、靴を履かせて外に引きずり出す、学校に行かなかったらゲームを取り上げる、無理やり塾に通わせるなど、生活の中で、多くのシーンで強引な強制行為が見られた。そのことについてA子さんは「手がかかる」という表現を用いていた。また、学校に行くこと、時間や約束を守ることなどに対して強迫的な思いが大変強かった。「昔から自殺願望はあった」「わけが分からず衝動的に自殺しようとしてしまう」と語り「私も同じような状況になったら助けようとしてくれるでしょうか？どうですか？」という問いに強い肯定の意思を見せたので、<よければ、次回そんな気分になったら連絡してほしいです。（魂のご縁でつながっている）私もA子さんを必ず思い出して連絡しますから>と伝えると「もう、これで、こんなことは起こさない気がする」と語った。普通の人間関係には信頼感がなくても、魂の絆や、魂の平等性からこの関係をとらえ、一瞬ではあれ、セラピスト（他人）の自殺を救う側の視点から感じたものがあっての言葉だったのではないかと推察する。（療法半年後に語ったことによると、実際にはこの10ヶ月後に1度だけ自殺念慮が生まれている。詳しくは後述。）

この第1期（8回）の中で、A子さんは【宇宙と地球とつながる】【大いなる存在との会話】という瞑想を通じ、大きな視点で全てを見抜き今世の学びの近道をさせてくれる存在を身近に感じて安らかな気持ちを体験した（4回目）。勉強やルールより深い魂の学びがあるかもしれないということ、自分の（理想的な）価値が、①魂の成長 ②親業「子どもと一緒に寄り添って、考えて、受け入れてあげて見守る」③スピリチュアルの学び「この人はこのままが一番いい」にあることも意識した。この1回10分程度の瞑想を毎日数回し、【息子の行動を認める（ほめるではない）3行日記】（森田，2011）を続ける中、DBT スキル訓練により、【自分を傷つけるときの対処法】や【気をそらす計画】【有効なタイムアウト】について学ぶ。

A子さんは一日のほとんどを寝て過ごしていたため、「起きておくためにも」と、来談中には熱心にノートを何ページも取り、家で全てきちんと清書しなおしていた。しかし彼女自身は「字が汚い」「まだ〇〇ができない」と自己否定を頻繁に口にした。また息子の生活態度に対しても否定する発言を繰り返していた。カウンセリング中、口について出てくる前向きな言葉と、実際の行動には大きな隔たりがあり、息子を変えようと躍起になることで、自分を変える必要を感じながらも向きあえない苦しさで戦っているように見えた。

## 第2期 葛藤期 (X年3月22日～X年5月11日 全7回)

息子の首を絞め(運よく)死ななかったことを3/22のセッションで報告した。「今日を境に息子をコントロールするのを後にして、自分の人生をコントロールすることを最優先する」ということで合意する。ここから1ヶ月半(7回)の間、【徹底的受容】【感情的に危機的な状況への対処】【内的-外的体験】などのDBTスキル訓練に対し、「以前の(スピリチュアルな)療法の方が合っていた」などと不満や言い訳をすることが多くなり論理的な訓練が煩わしい様子であった。そこで、<一部のマインドフルネスワークではスピリチュアルなヒーリング効果があるかもしれませんね>と言うと、「そのつもりでやっていました」と嬉しそうに答えた。

市立の総合病院小児精神科で息子に「広汎性発達障害と適応性発達障害」という診断がくだった頃から、【息子を認める3行日記】の表現が的を得るようになり、不要な服をオークションに出して収入を得て喜んだり、明るい色の服装をしたり、発達障害について調べたりし、チックもかなりおさまって、落ち着いたトーンで話すことが多くなっていた。その改善は、息子の現状が母親としての自分のせいではないと一時的に感じられたためであったかと推察する。そんな矢先、息子が大切なテストの日にゲームをやめず遅刻をしたと腹を立てたA子さんは、息子が防御のために持ち上げた3枚重ねの毛布の胸部分をめがけて(刺さらない自信があったとのこと)包丁を振り回し、家庭センターに「息子をすぐに預かってもらえないか」と相談に行っている。「私は息子の不登校が続いて首を絞めたり、硫化水素自殺をしようとしたから」、そして「連休明けにまた登校を巡って気持ちが荒れ、息子に手を出しそうだから」という理由で、家庭センターで丸1年か高校3年まで預かってほしいと頼んだが、センター側は連休明けに息子の意思を確認してから…とのことで帰宅。保護をいやがる息子には、「自分で朝起きたら家庭センターに行かないでいいようにする」と約束し学校に送り出したが、その日息子は学校から直接保護された。そのためA子さんは「話が違う!息子との約束を破ってしまった!」との焦り・罪悪感・喪失感・絶望感・空虚感・無力感のなか、息子との一切の接触を断られた。その後まもなく息子を引き取れる状態かどうかの観察・診断のため、A子さんは突如1ヶ月の入院となり、面談は急きょ一旦停止となった。

入院前のA子さんは、マインドフルネスの訓練に時間を割き、【マインドフルな呼吸】【価値判断を流す】【光の帯】のような瞑想を好んで実施していた。その一方で、「論理的・訓練的なものはわからない」と消極的に拒絶した。この時期のA子さんは、「包丁は刺さらない自信があって振り回した」と言いながら「息子を預かってほしい」と願い出たり、息子が保護され落ち込みながら、「今は(落ち着いている)その息子のペースを乱したくない」と述べたり、発達障害児童への対処について提案を求めながら「どれも当てはまらない」となげやりだったり、経済的不安への対処として生活費の概算や家計簿のつけ方を伝えても、浪費が目立ったりと、どの方面にも一貫性がなかった。それらのエピソードから分かるように、この時期A子さんは、内面・外面において、自分や息子、周りの環境などに対して思い通りのコントロールがきかない焦りと混乱、多くの

葛藤、そして挫折感からの激しい無力感に苦しんでいた。

### 第3期 自己模索期

(X年5月24日～X年6月24日入院 X年7月14日～X年7月27日 全3回)

A子さんは、1ヶ月の入院期間中、保護の日の出来事や流れ・気持ちなどをノートに書き綴った。彼女は期間において、彼女の人生に起きる出来事を客観的に眺める力がある程度取り戻すことができた。その後、息子に何通もの手紙を出したが、「息子さんに悪影響のある内容」としてほとんどの文章にダメ出しがされ、字の大きさや長文禁止・枚数制限などが厳しく「自分の気持ちをほとんど伝えられない」と無力感に囚われていた。

入院中の各種検査の結果、A子さんは境界性知的障害脳と診断され、もしかしたら発達障害もあるかもしれないとのコメントに懐疑的な様子を見せていた。しかしその診断のため、息子は家庭センターから施設へ移動、転校となり、「息子を引き取るための入院だったはずなのに…」〔施設では) 息子はお母さんと会いたくないと言っているらしく、どんな説明をされているのか納得がいかない〕と退院後に胸の内を語った。感情の希薄な表情と連続しない言葉から、周りには自分の気持ちをゆがめられ、息子のためにやっていたはずなのに息子に拒絶され、こんなはずではなかったのに、もう自分ではどうしようもないというようなA子さんの深い無力感・虚無感が感じられた。加えて、退院後の精神科かかりつけ医から「あなたは境界性知的障害脳で気分障害、双極性障害なんだから、もう一生息子を返すことはできない」と言い切られ、かなりのショックを受けた。しかし同時に「『息子を返せない』と言われて、何パーセントかはホッとした」とももらし、A子さんのがんばりが限界に近かったこともうかがえた。DBTスキル訓練よりも傾聴中心のカウンセリングの比率が高かったこの時期、セラピストは、スピリチュアルな視点からくもしこの流れが、息子さんにもA子さんにも魂の成長に一番役立つものだから起こったんだとしたら、どういう意味があって、これからどうしていこうと思いますか?>という問いを絶えず問いかけた。A子さんはその問いに対して、「(この空いた時間に)自分の養育期のことなどを催眠療法などで取り組みたい」と、息子ではなく自分の問題に取り組む意思を見せた。<ではそのためにも、まずは実質的な対処法を学びながら、心の器を今より大きくし過去のつらい気持ちをしっかり受け止められるようになってから始めましょう>と提案。A子さんとセラピストは、まず生活をしっかり立て直すこと【変化】と、自分の感情を【受容】できるようになることを優先する、ということで合意した。

この頃、息子の施設では精神科医師の診断により、息子は広汎性発達障害でも適応性発達障害でもないことが判明し、みるみる落ち着いていく息子の様子がA子さんに伝えられた。そしてA子さんは、全てのことには理由があり必要があって起こっているとよく話していた。そのことから、彼女が「息子を返してもらえない自分の状況」「自分から離れていく息子の人生」を意味あるものにしようとして模索している様子がうかがえた。



現実面では、たくさんの選択肢を前に決めきれず悩んでいたが、一貫してくどれを選んでも、同じ量のいいことと苦しいことがありますよね」とそれぞれの選択肢への両面的な視点をもつよう促した。またA子さん自身が知的障害という診断について懐疑的であり、その診断が下された原因について自分なりの理由を多く述べること（テストで手を抜いたなど）、DBT スキル訓練が非常に論理的なワークにもかかわらずA子さんには知的な理解が随所で感じられたことから、＜知的障害というのはある面でのひとつの表現ですが、私個人としてはあなたは非常に知的で高能力だと思う＞といろいろな評価基準があること、評価と本質が違ってよいことをメッセージに込めて何度か伝えた。

A子さんは、退院から1ヶ月後、多くの心理的・身体的ハードルがあるにもかかわらず、「知的障害と決めつけて息子を返さない医者」から、「(息子との生活=わずかな希望に向けて)自立を促す厳しい医者」への転院を自ら決断する。入院により体力的に回復し、【焦点を当てる】【マインドフルな呼吸】【コーピング思考】などの訓練が、生活の中でことのほか集中力向上や感情抑制により効果を生んだ実感をもたらしただよう「依存体質ではなく、自分で考えて決断できる自分に戻りたい」との目的を持つまでに至った。

このころのA子さんは、自分についての周囲の評価を不当に感じながらも受け入れるしかないと感じていた面談初期からすると、自分の「知的障害という診断」にハッキリと疑問を抱き、新しい病院に通うデメリット（不安）を感じつつも、いくつかのメリットを挙げることができるようになった点は大きな進歩といえる。また家で何もせず寝るかわりに「息子を早く引き取れる母親になりたいから」と、入院のブランクで遅れている分を取り戻すべく、次回からDBT スキル訓練を2回分ずつ練習し、家庭実習に励むということで合意した点などは、大きな節目と判断する。しかし、A子さんのこのように前向きな動きの裏に感じる焦りや、高揚感の反動には今後注意が必要であるとセラピストは感じた。

#### 第4期 黎明期 洞察期（面接頻度の変更）（X年8月3日～X年10月25日 全9回）

A子さんは、対人関係を含む宿題について強い苦手意識を持っていたが、それでも課題をきちんとこなし、訓練内容も几帳面にノートを取って清書した。

A子さんは、これまでの経過についても

- ① 呼吸法をしている方が楽になった
- ② ほとんどの考え事がさっと消え、考えが残ることが少なくなり、楽に過ごしている
- ③ 気持ちが落ち着く、他の考えを受けいれるのに役立ったなど、成果が実感できて、やっけていて楽しい
- ④ しんどいことを選ぶときに、意味があるんだろう、呼吸法をやってみようと思うようになった
- ⑤ 価値判断（～するべきといった思考）で物事を決めようと思わなくなった

などとかなり良い評価のコメントしていた。しかし、この時期は、3期の終わりごろに見せた一見理想的な「自立を促す厳しい医者への転院」「依存体質ではなく、自分で考えて決断できる自分に戻る」や「息子を早く引き取れる母親になりたいから、もっとがんばる」といった前向きな決断と、現実に迫られる決断とのギャップに苦しんだ時期でもあった。

A子さんは、はりきって受診した病院が厳しすぎて続かず、いくつかの病院を比較検討しつつも、実は実際に通院すると障害者手帳2級の認定（生活が楽になる）が不可能になるため決断にさらに迷った。結局、一旦は認定を受けつつ【不変化・受容】、自立をゆっくり無理なく図り【変化】、「ヘルパー卒業→資格取得→就職→息子帰宅」という計画を3年越しでイメージするとのことで、急進的・理想的選択よりも、時間をかける無理のない計画を選べたことは受容と変化を【統合】した大きな進歩だとセラピストは感じた。A子さんは、DBTを完了して調理と掃除機のヘルパー援助を卒業することを目標に、3～4年かけて息子と健全に同居できるよう計画を立て、マインドフルネスの核的なワークである【賢明な心】や【価値判断を手放すワーク】に熱心に取り組んだ。この頃、自主的に、虐待で子を殺した親たちの本『鬼畜の鬼-わが子を殺す親たち（新潮社）』を読み、自分と息子の関係性について客観的な目線を持ち始めた様子だった。そこでセッションでは、セラピストからあれこれ質問をすることは控え、A子さんの語りを聴くことに徹した。またDBTスキル訓練の不明な点や家庭でうまくいかない点などを熱心に質問するなど、前向きで落ち着いたセッションが続いた。そこで9/20にDBTスキル訓練に絡めて母親との確執について時間をかけて語ってもらい「5歳の自分…自分が壊れてしまうから自分を閉ざした、悲しい、絶望、怖い…」など今まで意識しなかった感情を受け容れる練習に取り組んだ。その次のセッションでは【健康に関する事柄についての訓練】中「コーヒー・たばこも少しずつやめていく方向で、1月には本格的にやめられる準備をする」「ジョギング・ウォーキングを始める」などの意思を示した。

その後、息子は大学進学の意味を固め、A子さんの妹との面談も心が折れそうだからとの理由で断り、高校3年間は自宅に帰らないと宣言した。セラピストは、息子の帰宅を目標にがんばっていたA子さんの落胆を心配したが、A子さんは睡眠障害を改善するための計画や、就寝時間を早める意思を示し、【自分を傷つけるような行動の認識】や【コーピング思考】【価値判断に囚われないためのワーク】【感情衝動と反対の行動をする】も熱心にこなしながら、一見バカバカしい宿題（ドレッシングをいろいろ試すなど）にも笑いながら取り組み、息子のうれしい変化に見合う母親に戻ろうという気持ちが伝わる時期であった。

#### 第5期 諦観（絶望）期（X年11月1日～X年12月20日 全7回）

この時期A子さんの心に自殺念慮が芽生えた。その事実を彼女は、DBT終了（X年12月20日）から約半年後のインタビューで初めて語った：「病院からは考えや状況・性

格を全否定され『もっとがんばれるでしょ!』と詰め寄られ, 家庭センターからは『言葉の使いまわしが悪く, 今の息子にふさわしくない, このままでは息子さんの方がお母さんを超えますよ!』とかなり責められた上に, 当時やっていた対人関係スキルをやってもやってもうまく伝わらず, 使いこなせず, これだけががんばったのに効果が出ないことに焦って, それでも責められ続けた。そこに娘との口論と息子からの拒絶の出来事が重なった。A子さんは「じゃ, もう私はいらないのね」と思い, セラピストと交わした約束の療法終了まで何とかこぎつけたら, そのあと自殺をしようと決意し, 遺品整理や銀行の手続きを始めた。

病院や家庭センターとの連携が取れていなかったシステム上の不備に, 今まで熱心に取り組んできたことの反動が追い打ちをかけたと考えられるが, A子さんはその気持ちも計画もセラピストには必死で隠していた。のちに聞いたところ, 「きれいなままで別れたい」と思ったらしく, この頃の彼女の人間関係の中で, 唯一彼女を肯定するセラピストからだけは嫌われたくない・否定されたくないとの思いが自己開示の機会を奪い, 彼女が最も求める「完全な受容」を遠ざけた結果となった。

DBT 治療プログラムでは『…患者の反応の中にささいな知恵や真実を探し伝えることと, 患者の成長したい・進歩したいという信念と, 自分の中の変化できる能力を患者自身が信じるのが治療を支え, 患者の感情的絶望感を頻回に共感的に理解することが治療を有効なものにする (Linehan 1993)』のである。A子さんにとって, この時の状況は「本質的な知恵や真実」も認めてもらえず「成長する信念も能力」も否定され「変わりたくても変わらない自分」を完全受容する共感的態度も徹底されていなかったのである。この時期に取り組んでいた対人関係スキル【問題解決】【アサーション】【抵抗と対立】【交渉】などの理解・習得は, 諸外国との人間関係の質の違いも手伝って, 他のスキル以上に困難さが伴うため, 特に時間と練習と受容と支持が必要であった。にもかかわらず, これまでに比べ今一つ実感を伴わないA子さんの反応を, 彼女の生活における対人バリエーションの少なさのせいと納得し, もう一步踏み込まなかったセラピストとしての甘さが, 第1著者自身には今でも悔やまれる。

幸い, この自殺念慮は, 当時のセラピストが知りえぬ間に, 外部の偶発的にできた人間関係のため, やがて治まっている。問題とは無関係の人間との関わりで「楽しい!」と思える時間を経験した瞬間, 死にたいという気持ちは霧散しゼロになったという。ただし, いつまたその気持ちが膨れ上がってしまうか, 自分でもわからず不安ではあるとのことで, 感情調節機能不全の人の特徴的なコメントであった。

この時期, セラピストのカウンセリングルームが新年1月より移転準備に入るため, これ以上のセッション延長という選択肢が取れなかった。そのためセラピストは, A子さんが自分でできる訓練やマインドフルネスメニューをルーティン化するための一覧を作ったり, 簡単な食事療法を提案したり, 信頼できるカウンセラーを紹介したりして, 今後に備えた。

自殺念慮の治まったA子さんは最後の回である12月20日, 「このまま終わることが不

安、このサポートがなくなったらと思うと心配」と話した。セラピストは、スピリチュアル的なアプローチとして「今後は人間のサポートのみならず宇宙の完璧なサポートが共時的に入ってくると思いますから、何かあればいつでもメールで報告してください。もしどうしてもすぐ返事ができない時は、おそらくA子さんの成長に不必要なことなんでしょうから、お互い宇宙を信じましょう」と、他からのサポートへの自己開示、絆の存続、セラピストとの関係の変化、限界の意味などについて比喩的に伝えた。するとA子さんはニコニコと笑って「はい、わかります、私もそう思います」と答えた。<A子さんの存在、生まれてきてくれたこと、あの日に電話をくれたこと、一緒にがんばってくれたこと、全てに感謝しています>と伝え、彼女も感謝の言葉を返してくれた。当時のことを後日彼女は、「単純にうれしい言葉でした。死のうと思ったことを忘れるほどセッションの終了がイヤだったし、別れる悲しさが先に立ち、最後の言葉を胸に焼きつけました」と語った。

こうしてX年の1月20日より始まったスピリチュアルな視点を取り入れたDBT療法は、約一年（計56回分 36セッション）の契約締結をもって、12月20日に終了した。

#### 第6期（療法後）自立期（X年12月21日～X+1年7月1日）

A子さんからはメールが送られてくることもなかった。半年後にセラピストからインタビューのために連絡をとった。すると、A子さんはとても明るい声で電話に応え、「まだ目指している人間にはなれていないし、精神不安定で感情コントロールもまだうまくない」が「素晴らしい人たちとの出会いが続き、私でも人の命を救うことができると知り、誰かの照らしてくれる光の道を歩いている気分です」と語った。A子さんは、インタビューの1週間ほど前に、どうしても自分に下された診断が信じられず、光トポグラフィーによる検査を受け、「発達障害でも双極性障害でもない」ことを確認した。今は、気分障害と不安障害の診断のもと、信頼できる心療内科医を受診中のことであった。医者という権威の診断をはねつけ、自分の感覚に従って行動を起こした彼女の変容は大きい。

「幼いころから誰かのために生きていて、身内も誰も理解してくれない、わかって～!! 型にはめないで！自由にさせて！と今も思っています」と言いつつ、「DBTスキル訓練で学んだことは、時間とともにあとから『ああ、これ知ってる、そういうことだったのかあ』と気がつくことが多い。先日も、今まで言えなかった『ノー』を娘にも言えだし、親戚たちに向かって、正しいと思うことを主張できた。そして、それが伝わらなくても、いつか分かってくれたらいいな、と思えるようになった」と語った。その後、息子さんは家庭センターでますます変容を遂げ、学校に戻って高い社会性を発揮しながらバイトをし、有名私立大学理系入学を目指してがんばっていると誇らしげにA子さんは語った。「今は（息子のことを手放すことで）よい環境と、よい人との出会いをプレゼントできたと思っています。息子や娘に対し、なにを言われても『はい、はい』と聞き流せるようになったし、『まあ、そのままでいいんじゃない』と思えるようになった。【徹底的

受容】がんばっています！何か変えたいと思ってもうまくいかないこと、止められることが多いけど、前みたいに諦めてしまうんじゃなくて逃げるといふか、またのベストタイミングまで待とう…とすごく長い時間で考えるようになりました」【マインドフルな呼吸】【コーピング思考】【ハイアーセルフの瞑想】【光の瞑想】は今でもお気に入り、【コーピング思考】は全て覚えてしまったほどです。先日、自殺を考えている子にも教えてあげて、死ぬのを思いとどめることができました。」と話すA子さんは、セラピストが見たこともないほど毅然としていた。

### DBT 後の感想

A子さんがDBT 終結半年後のインタビューで語った内容について、そのポイントを以下に箇条書きにする。

#### 【A子さん自身の報告】

- ・精神不安定で、まだコントロールがうまくできていないし、感情を他人にうまく表現できていない。
- ・しかし、自分がどういう考えを持つ人間かがわかり、他にもいろんな考えがあることに気づいた。
- ・人の命を救える自分になれた
- ・残りの人生を楽しく悔いのないものにしないといけない、と思う。
- ・親や親せきから適度な距離を保てるようになり感謝の言葉を交わせるようになった
- ・悪いところを指摘されてもお互い優しくなった
- ・『すみません』でなく『ありがとう』と言うようになり、周りからも『ありがとう』と言われる機会が増えた
- ・息子には私という土台が必要だった
- ・手放したこともギフトだった
- ・シンクロしたヘルプは必ずやってくる
- ・落ち着いてからはより DBT で学んだことがよみがえるようになり、ずっと DBT のことを考えている
- ・自分は必ず死ねない運命と思うようになった
- ・今、目の前に来てることは意味のあることだと信じている
- ・自分自身の改革と開花だった
- ・いっぱいほめてもらえてうれしかったから、私も自然にほめてあげられる人になりたい

#### 【ヘルパーからA子さんについての報告】(DBT 終了直後)

- ・顔の引きつりが治り穏やかな顔をしている
- ・笑顔が増えた
- ・寝ている時間が短くなった

- ・活動的になった
- ・少しでも自分で家事をするようになった
- ・いやなことでも向きあうようになった
- ・手の震えがひどくなった
- ・いつ死ぬかわからないので目が離せない
- ・うるさくなった（自分の意見を言うようになったので）

## 考 察

感情調節が著しく苦手な人に共通するのは、両極端な思考・行動・感情である。A子さんの場合にもそれは一貫して見られる特徴であった。そしてDBTは、あらゆる両極性を統合するという形で治療的变化を促す。

Linehan (1993) は進歩を著しく阻む3つの両極性があると警鐘を鳴らす。

1つ目は「ありのままの自分を受け容れること」と「自分を変えなければならない必要があるということ」。治療者は巧みに患者との話し合いを進めなくてはならないのだが、A子さんのように（そして多くの精神疾患や感情調節機能不全をかかえる人々のように）「受容」という経験もスキルも著しく乏しい場合、否定される状態が当たり前になっており、受容を怠惰や甘やかしと混同していることも多い。さらには、特に日本においては恥の文化が拍車をかけ、セラピストへの自己開示をさらに困難にしている。彼らは「がんばることはよいこと」で、「がんばらないことはよくないこと」という強い観念を持っており、セラピストでさえその罫にはまり彼らの観念をいっそう強化しバランスを崩してしまいがち。そういう意味でも、Linehan (2000) の「患者と治療者が互いを変化させ合いながら、いかに患者の成長を促進するような影響を与えていくか」という点で、治療者側は相当の覚悟をもって「受容」をめぐる意識転換をさせるための、セラピスト自身の変化を積極的に受け容れるべきである。

2つ目は「スキルを学ぶと進歩につながる」が「進歩がみられるとこの治療関係を手放さなければならない」というものである。この両極性のため、クライアントによってはセッション終結が近づく頃から進歩を隠すようになることがあるという。A子さんも後半の訓練では終始「まだわからないから、もっと時間が必要」「あと〇回では心配」としばしばセッションの延長をほのめかしたが、半年後のインタビューでは、この頃の訓練が日常の中で非常に効果的に活用されている様子を語っている。このような不必要な葛藤を避けるためにも、可能であればセッションが終了してからしばらくフォローアップ期間を設けるなどの物理的対処と共に、スピリチュアル的対処としてこれからは人間（セラピスト）だけでなく、宇宙・不思議な力の完璧なサポートが共時的に入ってくる（セラピスト以外のよりよいサポートへの視点移行）><いつでもメールをくれてかまわない（関係の継続・受容）が、返事ができない時は宇宙・大いなるものが『セラピストなしでも解決できるからためしてごらん』と言っているのかもしれないね（自立への挑戦・変化）>などが有効な場合があるかもしれない。

3つ目は「患者の困難を全肯定する（原因は周囲の人である）」と「スキルを学んで進歩すると、原因は全て自分であったと認めることになる」という両極性である。責任の所在が大きな問題となる西洋文化では、これは大きな葛藤となることだろう。しかし元来周囲と有機的に絡み合った感覚を持つ日本人にとっては、むしろ「周囲を巻き込んだこの困難な状況を私に変えることができた」という自己肯定感・有益感に結びつけることが西洋の人々よりもたやすいのではないだろうか。また、スピリチュアルの発想で言えば、そういう発想の転換（リフレーミング）は、魂が成長した証であるとするため、「またひとつ新しいものの見方を学んだ」、つまり統合されたより高次の視点に到達した自尊感情へと導くことはそう困難ではないと考える。

今回のケースにおいて、スピリチュアルな視点を取り入れることの利点のうち、セラピストにとって意図せず得られたものが3つある。

1つ目は、失敗に対する評価が、時間の捉え方の変化によって大幅に変わったことである。元々、感情調節機能不全者たちは両極端で衝動的な特徴をもつ。人生が短いものだと考えると、その中で起こした失敗は重大なものだと感じられ、ときには取り返しがつかないという感覚に襲われパニックになる。ところが、今まで何度も生まれ変わって少しずつ成長してきたし、これからも何度も生まれ変わってどんどん成長していける…という長いスパンでの発想は、彼らの激しい焦りを和らげる効果がある。「DBTの苦悩耐性スキルは、感情的につらくてどうしようもない状態の時に…その状態に耐え、他のスキルを使って状況を改善する機会を待つためのスキル (McKay, 2007)」だが、まさにその概念をさらに大規模なスパンで考えたものが、生まれ変わり思想である。

2つ目は、視点によって価値観が大きく変わるということである。多くの心理的苦痛は、自分の価値観の代わりに他人の価値観を取り入れた時に起こることから、多くの精神的苦痛を訴える人々は、自分の思いや欲を、他より優先することにためらいを感じやすい。そのため、自分だけのこだわりや目的が周りとそぐわないことを受け容れられない。そんな人たちでも、「今この人生を生きている自分」と「魂」では視点や価値観が違うということは受け入れやすい。たとえば限られた文化の中で、限られたタイプの人間とだけ関わって、たった数十年で終わる「今の自分」から見た圧倒的存在である親と、いくつもの人生をたくさんの文化と人種にさらされて生きてきたであろう「魂」から見たたった1つの人生での親とでは、同じ親でもその影響力が違うと感じるようだ。たくさんのリフレーミングの手法は紹介されているが、魂という視点で世界を見つめなおす効果は決して低くない。

3つ目は、目的が変わると成功の定義も変わるということである。人間としての成功条件は人種や文化・価値観によって様々あるが、魂の目的はただ1つ「成長・拡大」である。現世的な成功は二元論的に判断されやすく、失敗というレッテルは簡単に幾度でも貼ることができる。ところが、魂の成長のためにはあらゆる失敗や挫折でさえ有益な経験となり、成功や勝利は時として苦い教訓ともなる。自分の人生が失敗続きで八方ふさがりだと感じていたA子さんは、魂の成長という目的をもって、それら全ての失敗が「必要な学びだった」と述べるに至った。

A子さんとのセラピーにおいて、不完全であり未完了なところも多くある。そのひとつが、セラピストによる「スピリチュアル」な提案やアドバイスによって転移治癒（古宮、2014）を引き起こした、という要素が多分にあるが、そのことをセラピストはDBT中に明確に気が付いていなかった、ということである。

転移治癒とは簡潔に述べると、来談者がその心理的発達過程で負った根本的な愛情の欠落感を、セラピストが埋めるために、来談者は一時的に気が楽になる、という現象である。Aさんの症状が改善されたのは多分に転移治癒の要因があると言えよう。Aさんが終結後6カ月目でのインタビューで、「いっぱいほめてもらえてうれしかった」と述べたのは転移治癒を表している。しかし本事例において、セラピストはその点への気づきに乏しいまま、DBTを終結するに至った。そのため終結はAさんに大きな不安をかき立てるものであったし、終結後のインタビューでも、「精神不安定で、まだコントロールがうまくできていないし、感情を他人にうまく表現できていない」と述べている。

しかしそれでも、Aさんの症状の苦しみも息子さんとの関係も明らかに改善した。その大きな要因は、Aさんの粘り強い努力と、セラピストが真摯に来談者に向き合ったこと、DBTテクニックの適切な使用であろう。

#### ま と め

Linehan（2000）によるとDBTは、危険状態をコントロールする第1ステージ、自然な感情的体験を取り戻す第2ステージ、普通の幸福感・不幸福感とともに生活上の問題を解決できる第3ステージ、心からの生きる悦びを体験できる第4ステージで、完成する。

Aさんは、衝動性・抑うつ・適応障害・不安障害・双極障害・発達障害・自殺未遂・他殺未遂の問題を抱えて感情調節が著しく困難だった。彼女に、スピリチュアルな視点を取り入れながら弁証法的行動療法を不完全な体制ながらも1年間にわたり適用した結果、たびたび襲う激情に駆られて息子と自分を虐待しがちだったAさんも、全てのステージを経験しつつある。もちろん、日により状況により異なるステージを行ったり来たりしているのだが、第1ステージしか知らなかった頃よりも、その後のAさんはずっと生き生きと生活している。

Linehan（2000）は「そもそも、このアプローチには絶対的に正しい方法はありません」と主張しているし、小野（2007）は「日本版DBTはまだこれから創られていくものであり、日本人の患者さんの性質に適合したものを粘り強く作り出していくという意味で、1人ひとりがパイオニアになっていく気概が求められる」と述べている。それらの意見に沿って、日本人の多様な症例によりよくフィットするDBT的アプローチの合成・応用が今後ますます期待される。それに加え「使えるものは何でも使う」の精神でもって「永続性のある魂の成長と、それを支える身体と心」というスピリチュアリティの発想が多く分野で試され、その有効性が確認されれば、それは日本の自殺者数のさらなる減少およびメンタルヘルス向上に寄与する一歩となるだろう。



文献

- 愛原夢人 (2015): DBT クライアント総合管理システム (略称 CMS) 愛原式行動療法ホーム  
ワークプログラム
- 飯田史彦 (1995): 生きがいの夜明け—生まれ変わりに関する科学的研究の発展が人生観に与  
える影響について—. 商業論集, 64 (1) 55-102
- 石井朝子 (2007): 弁証法的行動療法の実践とその課題, 遊佐安一郎編, 「こころのりんしょう  
à・la・carte Vol.26 No.4 [特集] DBT=弁証法的行動療法を学ぶ」, 星和書店, 599-603
- 上村建二郎 (2010): 日本のスピリチュアリティの定義を求めて: 1つの試み, 熊本大学学術  
リポジトリ 先端倫理研究, 5 149-171
- 岸竜馬 (2011): 弁証法的行動療法の有効性と問題点 Rikkyo Clinical Psychology Reserch vol.5  
15-26
- 厚生労働省 (2017): 厚生労働省自殺対策推進室, 警視庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移  
等, 2017年6月19日
- 古宮昇 (2014): 共感的傾聴術—精神分析的に“聴く”力を高める. 誠信書房.
- 小谷野康子 森真喜子 立石彩美 宮本真巳 (2013): 感情調節困難な1事例に対する弁証法  
的アプローチによる感情変容プロセスの質的分析—「苦悩耐性」と「マインドフルネス」ス  
キルトレーニングの介入効果—, 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究10 (1) 29-37
- Linehan, M. M. (1993): Skills training manual for treating borderline personality disorder. 小野  
和哉訳 (2007): 「弁証法的行動療法実践マニュアル」, 金剛出版, 5, 14-15, 21,
- 永田利彦 (2007): 弁証法的行動療法 (DBT) の登場とその衝撃—日本での実践への壁, 遊佐  
安一郎編, 「こころのりんしょう à・la・carte Vol.26 No.4 [特集] DBT=弁証法的行動  
療法を学ぶ」, 星和書店, 572-583
- 永田利彦 (2007): DBT の抵抗疾患や, DBT を行って効果があったと認められたのはどんな  
疾患 (症状) の人ですか?. 遊佐安一郎編, 「こころのりんしょう à・la・carte Vol.26 No.4  
[特集] DBT=弁証法的行動療法を学ぶ」, 星和書店, 527
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2007): The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook.  
遊佐安一郎 荒井まゆみ訳 (2011): 「弁証法的行動療法実践トレーニングブック」, 星和書  
店
- 森田直樹 (2011): 「不登校は1日3分の働きかけで99%解消する」, リーブル出版, 28-58
- 小野和哉 (2007): DBT 治療者として留意すべき点は何でしょうか? 遊佐安一郎編, 「こ  
ころのりんしょう à・la・carte Vol.26 No.4 [特集] DBT=弁証法的行動療法を学ぶ」星和  
書店 555
- 斎藤富由起 (2007): 遊佐安一郎編 「こころのりんしょう à・la・carte Vol.26 No.4 [特集]  
DBT=弁証法的行動療法を学ぶ」, 星和書店, 521
- 総務省 (2017): 総務省 統計局時計利用推進課, 社会・人口統計体系, 基礎データ, 2017年2  
月17日
- 吉永 (2007): DBT にかかる費用 (自費の場合) はどのくらいでしょうか?
- 遊佐安一郎編, 「こころのりんしょう à・la・carte Vol.26 No.4 [特集] DBT=弁証法的行  
動療法を学ぶ」, 星和書店 549
- 遊佐安一郎 (2000): ドクター・ユサの訪問記65 人格障害のための新しい治療アプローチ弁  
証法的行動療法 (Dialectical Behavioral Therapy) 創始者, Marsha Linehan, Ph. D. を訪ねて—

- その2：変化と受容の弁証法的治療プロセス，遊佐安一郎編，「こころのりんしょう à・la・carte Vol.26 No.4 [特集] DBT=弁証法的行動療を学ぶ」星和書店，636-641
- 遊佐安一郎（2000）：ドクター・ユサの訪問記66 人格障害のための新しい治療アプローチ弁証法的行動療法（Dialectical Behavioral Therapy）創始者，Marsha Lenehan, Ph.D.を訪ねて－その3：統合的治療アプローチのとしての弁証法的行動療法－．遊佐安一郎編，「こころのりんしょう à・la・carte Vol.26 No.4 [特集] DBT=弁証法的行動療を学ぶ」，星和書店，642-648
- 遊佐安一郎（2007）：特集にあたって－DBTの日本での普及の可能性－．遊佐安一郎編，「こころのりんしょう à・la・carte Vol.26 No.4 [特集] DBT=弁証法的行動療法を学ぶ」，星和書店，514-517
- 遊佐安一郎（2011）：弁証法的行動療法（DBT）とDBTスキル訓練について．McKay, M., Wood, J.C., & Brantley, J. (2007）：The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook 遊佐安一郎 荒井まゆみ訳（2011）：「弁証法的行動療法実践トレーニングブック」，星和書店，iv-xii