

# 解離性障害を持つ児童への自我状態療法と EMDR の併用の効果判定

吉川久史<sup>1)</sup>、杉山登志郎<sup>1)</sup>、丸山洋子<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>浜松医科大学児童青年期精神医学講座

## <要 旨>

本研究の目的は、解離性障害を有する児童と青年の患者に対して自我状態療法と EMDR の 2 つの心理療法を実施し、その効果を判定することと、併用が望ましい臨床技法を確認することであった。児童精神科に入院中の児童 2 名に対して、自我状態療法、EMDR、プレイセラピーを実施し、精神症状と日常生活の様子を評価した。自我状態療法が著効した事例において、不安、抑うつ、怒り、トラウマ症状が軽減した。自我状態療法を実施するにあたり、トラウマ症状への EMDR の併用と、アタッチメントの問題へのプレイセラピーの併用が望ましいことが示唆された。

## <キーワード>

解離性障害、自我状態療法、EMDR

### 【はじめに】

近年のわが国における子ども虐待の増加に伴い、解離性障害を呈する児童・青年に臨床場面で遭遇することは希ではなくなった。被虐待児童の治療実績が豊富な医療機関での研究では、被虐待児童の半数以上が解離性障害を発症することが報告されている(杉山, 2009)

解離性障害は、特定の記憶を思い出すことができない、思い出したとしてもその由来や実在性について確信が持てない、フラッシュバックが起きる、自分がここにいる感覚が持てない、現実感が持てない、させられ体験がある、頭の中から聞こえる声に悩まされる、自分の中に別の人格が存在する、トラウマ体験と関係する刺激を避ける、といったさまざまな症状を特徴とする精神疾患である(Putnam, 1997)。この症状は、児童・青年期における安定した人間関係の構築や学業遂行、職業能力の発達に障害を引き起こす。

現在のところ、解離性障害の治療実践の報告

は少ない。このような中でわれわれはすでに子ども虐待の臨床において、解離性障害への画期的な心理療法である自我状態療法に EMDR (眼球運動による脱感作と再処理法; Eye Movement Desensitization and Reprocessing) を組み合わせ、その臨床的な効果を実感している。

自我状態療法は、Federn の自我状態モデル(Federn, 1953, 1977)に、Watkins が臨床催眠の技術を組み合わせて誕生した(Watkins & Watkins, 1997)。現在は改良され、イメージワークとして実施可能である(福井, 2012)。

自我状態とは、ある種の経験や記憶、そして行動パターンが一つにまとまったものとされ、一人の人間の中にそれが複数あり、相互に結びついたシステムを形成していると言われている(Watkins & Watkins, 1997)。自我状態はイメージの中で、「子ども時代の自分」のように人として見えることもあれば、養育者や加害者の声や気配として感じる場合もある。子どもの場合、「怒っている自分」「悲しんでいる自分」

「楽しんでいる自分」と表現すると理解してもらいやすい。トラウマを持つ自我状態は、思い出したいくない嫌いな自分の側面として認識されるため、自己の内部で葛藤を引き起こしやすい。自我状態療法の目的は、自我状態間の折衝を通じて自我状態間に平和をもたらし、それぞれの状態の欲求が満たされ、全人格の適応に役立つような統合的な内的家族を形成することである（高石・大谷，2012）。

自我状態療法の効果に関する先行研究はまだ非常に少ない。現在のところ自我状態療法に関する唯一の効果研究である Christensen et al. (2013) では、PTSD の診断基準を満たす成人 30 名に対して、4～5 時間のマニュアル化された自我状態療法の効果を検討した結果、PTSD 症状、抑うつ症状、不安症状が低減し、3 ヶ月後も効果が持続したことを示した。

EMDR はトラウマ記憶の処理を目的とした心理療法である (Shapiro, 1995, 2001)。EMDR では、クライアントに心的外傷体験の記憶を想起してもらいながら、左右交互の眼球運動や手のひらや手の甲へのタッピングでトラウマ記憶の処理を行う。これによってトラウマ記憶の想起に伴う苦痛が低減し、肯定的な記憶を思い出し、最終的にニュートラルな気分でその記憶を振り返ることができるようになる。

これまでに行われた EMDR の効果に関するメタ分析研究から、EMDR は PTSD に有効な心理療法であることが示されている (Seidler & Wagner, 2006)。また、子どもの PTSD に対する EMDR の効果について、Rodenburg et al. (2009) では、2008 年までに公刊された 7 本の子どもに対する EMDR の効果研究をメタ分析した結果、EMDR は未治療群や未確立の技法群と比べて適

度な効果があり、認知行動療法よりもさらに付加的効果があることが示された。

EMDR の効果はすでに実証されているが、自我状態療法の科学的な判定は未だに不十分である。とくに子どもに対する自我状態療法の効果はほとんど研究されていない。そのため、子どもの解離性障害のどのような部分に効果があるのかについて、そして、どのような工夫が可能かについて、これまで明らかにされてこなかった。そこで、本研究では、解離性障害を有する児童・青年の患者に対して自我状態療法と EMDR の 2 つの心理療法を実施し、その効果の判定すること、さらに、併用することが望ましい臨床技法を確認することを目的とする。

## 【方法】

### 1. 対象

解離性障害の診断を受けた 10～15 歳の児童・青年、解離性フラッシュバックのある者、解離性幻聴を持つ者、トラウマ起源の衝動コントロール困難や感情コントロール困難が見られる者を対象とした。ただし、IQ が 50 未満の者、意思疎通に困難をきたす者、統合失調症の診断を受けた者は除外した。研究期間中に十分な数の解離性障害患者を確保することが困難であったため、2 例の結果を詳細に検討した。

### 2. 測度

① 子 ども 版 解 離 評 価 表 (The Child Dissociative Checklist; CDC) : Putnam が開発し、富田らが日本語化した他者評定の質問紙である。20 項目 3 件法（「全く当てはまらない」「少し当てはまる」「よく当てはまる」から選択する）で構成される。カットオフポイントは 12 点である。本研究では、病棟看護師らが数

名で相談しながら評価した。

② Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) : Goodman が開発した、活動性、仲間関係、感情面、行動面について測定するための自記式質問紙である。25 項目 3 件法（「あてはまらない」「まああてはまる」「あてはまる」から選択する）で構成される。5 つの下位尺度（感情的問題、行為の問題、過活動、仲間の問題、向社会性）と 3 つの指標（全体的困難得点、外在化得点、内在化得点）からなる。下位尺度ごとに問題の重症度を判定する。

③ 子ども用トラウマ症状チェックリスト (Trauma Symptom Checklist for Children-A, TSCC-A) : Briere が開発したトラウマ症状を測定する自記式質問紙である。TSCC から性的な問題に関する質問を除去したものを使用した。44 項目 4 件法である。2 つの妥当性尺度（過小反応、過剰反応）と 5 つの臨床尺度（不安尺度、抑うつ尺度、怒り尺度、外傷後ストレス尺度、解離尺度）からなる。解離尺度はさらに『明らかな解離』と『ファンタジー』に分類される。素点から標準得点を算出する。

④ UCLA PTSD Index for DSM-IV (UPID) : Pynoos らが開発したトラウマの出来事と症状の把握する半構造化面接法である。トラウマ的出来事の体験の有無を 13 項目の質問で問い、その中でもっとも困っている出来事の概要と子どもがどのようにそれを受け止めたかを質問する。その後、PTSD 症状を 20 項目 5 件法で質問する。

### 3. 手続き

① 児童精神科医が対象者を、治療者でもある研究代表者に紹介した。

② 上記基準に合致することを確認した後、主治医が保護者に研究の説明を行い、同意を得た。

③ 児童には治療者が説明して同意を得た。

④ 初回面接までに、病院の臨床心理士が TSCC-A を実施した。

⑤ 初回面接で治療者が UPID を実施した。

⑥ その後、全 8 回に渡り、治療者が自我状態療法および併用が望ましい心理療法を実施した。各セッションの始めに SDQ を実施した。また、セッション後に看護師が CDC を実施した。セッションは週 1 回、合計 8 回実施した。

⑦ すべてのセッション終了後、病院の臨床心理士が TSCC-A を実施した。

### 4. 使用した心理療法の手順

#### (1) 自我状態療法

- ① 深呼吸を 5 回行う。
- ② 20 段の下り階段を降りるイメージを行う。
- ③ 階下の部屋の扉から中の様子を見る。
- ④ 中に入る。
- ⑤ 自我状態とコミュニケーションを行う。
- ⑥ 扉から出て、階段を上り帰ってくる。

#### (2) 安全な場所のワーク

安全な場所のワークは EMDR で標準的に用いられるリラクゼーション技法である。

- ① 安全で穏やかな場所をイメージしてもらう。
- ② 眼球運動か、EMDR の治療器具である Tac/AudioScan を用いて刺激を加える。1 回 4 ~ 6 往復を 4 回実施する。
- ③ その場所のイメージに名前をつけてもらう。
- ④ 名前も考えながら②の作業を 2 回実施する。

#### (3) EMDR

- ① 苦痛を感じる場面を思い浮かべてもらう。
- ② 今の気分と、苦痛の程度、苦痛を感じる身体部位を伝えてもらう。
- ③ 眼球運動か Tac/AudioScan で刺激を加える。
- ④ 苦痛が低下するまで実施する。

⑤適宜、心理教育を織り込む。

## 5. 倫理的配慮

この研究は浜松医科大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

### 【結果】

#### 1. 症例 A

##### (1) 事例の概要と治療の目標

中学生男子。家族から身体的・心理的虐待を受けていた。些細なことからカッとなり、粗暴行為に至ることを主訴として児童精神科に入院した。診断は、反応性愛着障害、自閉症スペクトラム障害であった。粗暴行為の背景にトラウマ症状と解離症状に由来する感情コントロール不全があると見立て、この改善を心理療法の目標とした。Aは治療に意欲的であった。

なお、文中の表記について、〈 〉は治療者の発言、「 」は患者の発言、『 』はその他に關することである。各セッションは、#1~8のように通し番号をつけた。

##### (2) 心理測定の結果

###### ①CDC

#1は9点であったが、その後は0~2点であった。解離の問題はないと考えられた。

###### ②SDQ (表1)

全体的困難得点は#1で12点であり、これは問題なしと判定されるレベルである。その後は、向社会性以外はほぼ問題なしのレベルで推移した。向社会性が悪化したのは、病棟での他児とのトラブルを反映したからだと思われる。

###### ③TSCC-A (図1、図2)

pre 得点はどの尺度も平均域にあり、大きな問題はないことが示された。post 得点では、不安尺度、抑うつ尺度、怒り尺度、外傷後スト

レス尺度で改善が見られた。

#### ④UPID

トラウマ的な出来事は経験していないと判定された。ただしAが自身の身に起きた出来事を過小評価している可能性がある。

##### (3) セッションの様子

#1 ト라우マについての心理教育を行った。また、安全な場所のワークの準備のために、Aにとっての安全で安心できる場所を質問した。Aは「ゲームセンター」と答えた。

#2 安全な場所のワークを実施した。ゲームセンターの休憩所に自分がいるイメージをしてもらいながら、Tac/AudioScanを用いて実施した。実施後、感想を聞くと、「楽しい気分になれた」と答えた。〈気分を切り替えたいときに、このイメージを思い出してね〉と伝えた。

#3 自我状態療法の準備として、Aに普段の生活でどんな自分がいるかを考えてもらった。Aは、「『楽しいときのワクワクしてるときの自分』、『一人になると急に寂しくなったりする自分』、『怒って歯止めが効かなくなる時の自分』、『気分がいいときにお手伝いとかをすすんでやる自分』、『暗いところにいると怖くなったりする自分』かな」と答えた。

自我状態療法で『わくわくしている自分』に会いに行くことにした。扉の向こうの部屋でAはその人と楽しく過ごしたようだった。〈この楽しい気持ちをこっちの世界でも持っておくにはどうしたらいいか、その人に聞いてみて〉と伝えた。Aは「楽しいことがあったのを覚えておいて、後で思い出してみたら？」と言われたと報告した。治療者は、1日1回楽しいことを思い出してみるように指示した。

※ #3~4の間の病棟での様子

表1 症例AのSDQの推移

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
感情的問題	3	4	4	2	2	2	2	2
行為の問題	4	3	1	2	1	1	1	1
過活動	4	5	5	6	5	6	5	5
仲間問題	1	2	2	1	2	1	1	1
全体的困難得点	12	14	12	11	10	10	9	9
外在化得点	8	8	6	8	6	7	6	6
内在化得点	4	6	6	3	4	3	3	3
向社会性	3	2	4	4	5	6	4	5

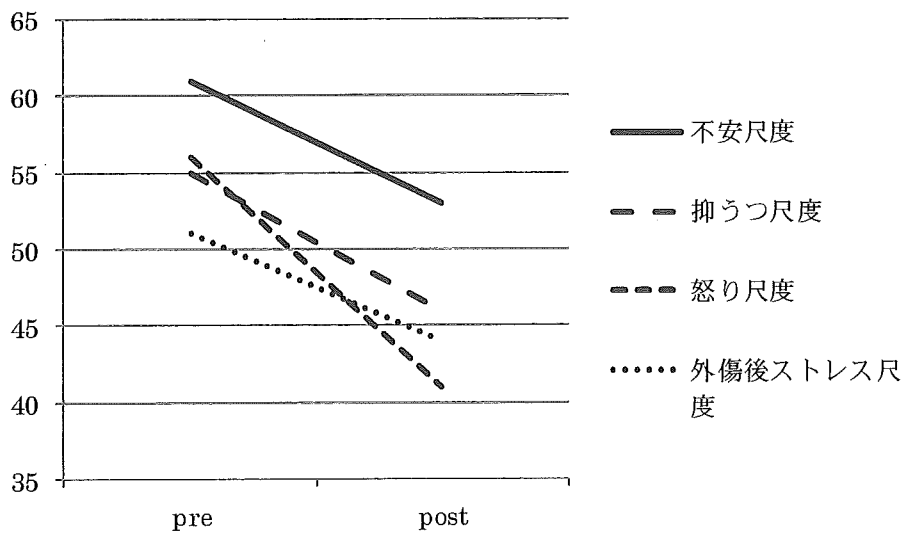
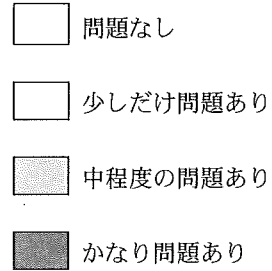


図1 症例AのTSCC-Aの推移（不安尺度、抑うつ尺度、怒り尺度、外傷後ストレス尺度）

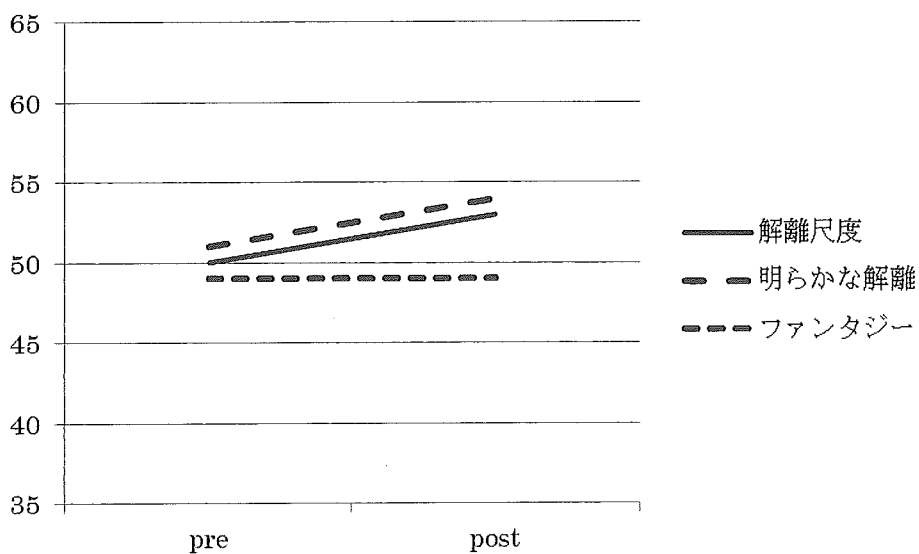


図2 症例AのTSCC-Aの推移（解離尺度、明らかな解離、ファンタジー）

他児との距離の近さと暴力行為が見られた。人に気を遣うという良い行動も見られた。

#4 自我状態療法で『お手伝いをすすんでやる自分』を扱った。Aは実生活ですすでお手伝いを行っていた。『お手伝いをすすんでやる自分自分』は「ふつうの気分」を感じていたので、Aもふつうの気分で見られるようにアドバイスをもらうように伝えた。その『自分』から「がんばれよ」と言われた。治療者は「その人ががんばれよ」といった内容のことを「がんばろうね」と伝えた。

#5 『寂しい気持ちの自分』を自我状態療法で扱った。その『自分』は地面にうずくまっていたとのことだった。Aが気分をたずねると、「言葉はなかったが、とても寂しそうな感じがする」とAは答えた。「<どうして寂しいの?と聞いてみて>」と伝えた。しかし、その『自分』は会話にも遊びにも乗ってこない様子だった。その『自分』に、今日あえてうれしかったこと、あなたのことを気にかけていること、また来ることを伝えてもらい、終了した。

#6 自我状態療法を始めようとする、無言になる。「<自我状態療法よりも相談したいことがある?>」と聞くと、病棟の他児とのトラブルで困っていることを話したいとのことだったので、現実のトラブル解決を面接で行った。

#7 前回と同じく、病棟でのトラブルを扱った。

※ #7~8の間の病棟での様子

暴言暴力はなくなった。看護師への甘えが見られた。

#8 『寂しい気持ちの自分』を自我状態療法で扱った。部屋にはDVDデッキ、テレビ、ゲーム、本やマンガ、ソファがある。部屋に誰がいるか聞いてみると、「今はいません」と書いた紙が

置いてあった。「<ちゃんとメッセージを残してくれてたんだね>」紙が一枚あったので、そこにメッセージを書き残してイメージの部屋から退室した。

(4) その後のセッションの様子

#9 『寂しい気持ちの自分』を扱った。自我状態と会え、寂しいときには楽しいことを考えるという約束をした。

#10~12 『怒っている自分』を自我状態療法で扱った。いずれのセッションでも『怒っている自分』は留守だったが、手紙の交換を通じてコミュニケーションをしてもらった。

※ #10~11の間の病棟での様子

暴言暴力はなかった。時間を守れないなどのルーズさが見られた。

## 2. 症例B

### (1) 事例の概要と治療の目標

小学校高学年女子。心理的虐待(DV目撃、暴言)と身体的虐待を受けていた。解離性幻聴があったため入院した。診断は解離性障害。解離性幻聴の消失と虐待の影響を軽減するために自我状態療法を実施した。

### (2) 心理測定の結果

#### ①CDC

#1は8点であったが、その後は2~3点であった。解離の問題はないと考えられた。

#### ②SDQ(表2)

全体的困難得点は#1で14点であり、問題なしと判定される状態であった。#2以降は、感情的問題と向社会性の問題を中心に問題が持続した。過活動と行為の問題が落ち着くのに伴い、全体的困難得点も低下したが、期間全体で変化は見られなかった。

表 2 症例 B の SDQ の推移

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
感情的問題	5	5	4	5	4	5	5	6
行為問題	2	4	3	3	2	3	2	2
過活動	5	6	6	7	5	4	4	5
仲間問題	2	1	2	1	1	1	1	1
全体的困難得点	14	16	15	16	12	13	12	14
外在化得点	7	10	9	10	7	7	6	7
内在化得点	7	6	6	6	5	6	6	7
向社会性	5	7	6	5	5	5	5	5

問題なし  
 少しだけ問題あり  
 中程度の問題あり  
 かなり問題あり

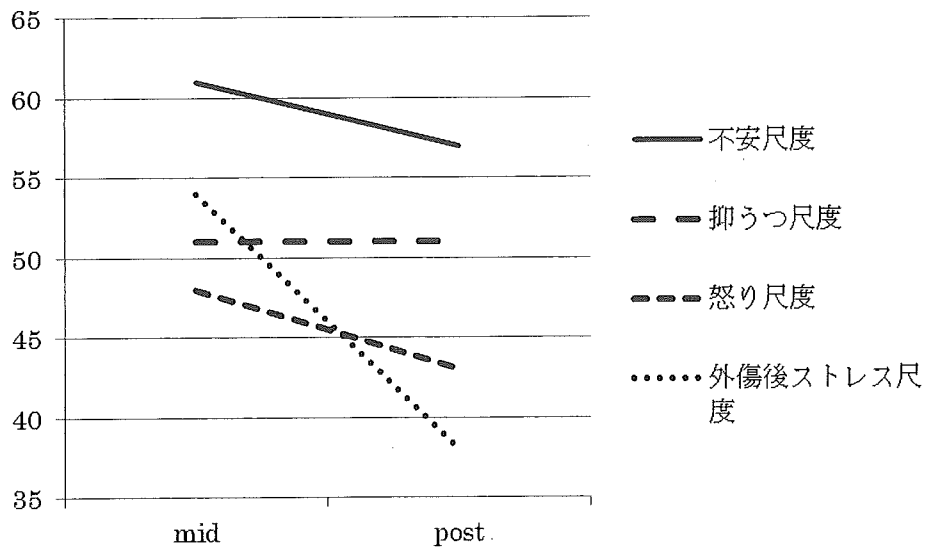


図 3 症例 B の TSCC-A の推移 (不安尺度、抑うつ尺度、怒り尺度、外傷後ストレス尺度)

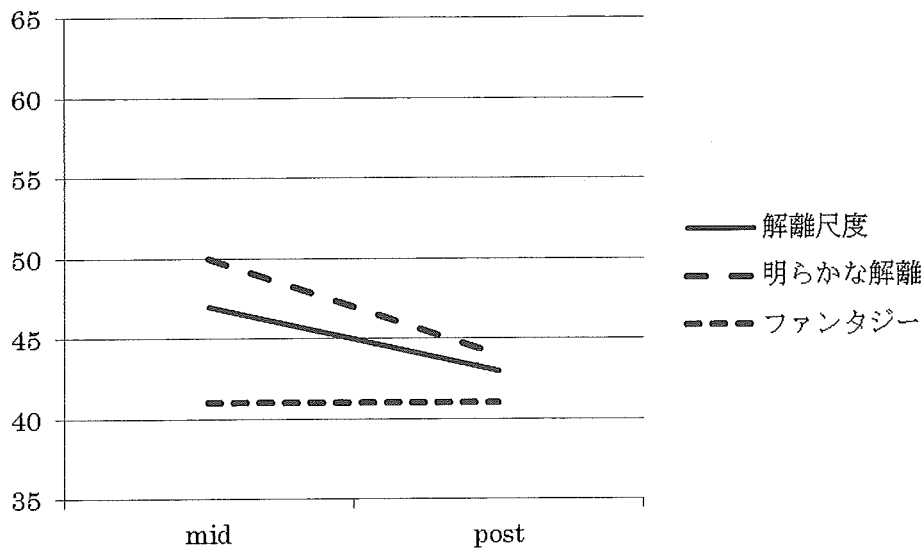


図 4 症例 B の TSCC-A の推移 (解離尺度、明らかな解離、ファンタジー)

### ③TSCC-A (図3, 図4)

pre 得点が取得できなかったため、#6の直前と#8の直後のデータを用いた。mid 得点はどの尺度も平均から1標準偏差内に位置しており、問題がないことが示された。post 得点では外傷後ストレス尺度で改善が見られた。

### ④UPID

トラウマ的な出来事は経験なしと判定された。Bが出来事を過小評価した可能性がある。

#### (3) セッションの様子

#1 解離性幻聴について聴取した。解離性幻聴は老人の泣いている声が病棟の浴室とエレベーターの中で短い間聞こえるというものだった。自我状態療法をすることで、声が泣いている理由がわかって怖くなくなることを伝えた。

#2 自我状態療法実施で使う想像上の部屋をイメージしてもらおうとしたが、Bは「わからない」と答え続け、徐々に萎縮して自発的な発話が少なくなった。そこで、リラクゼーション技法を習得してもらうため、呼吸法を実施した。

#3 Bが話しやすい雰囲気を作るため、もう1名の臨床心理士に補助に入ってもらい、3人でUNOを実施したところ、Bから自発的な発話が見られた。その後、呼吸法の練習を行った。

#4 UNOと呼吸法の練習を行った。その後、自分の中のいろいろな気持ちを探すワークを実施した。Bは『楽しい気持ちの自分』、『さみしい気持ちの自分』、『犬と猫が怖い気持ちの自分がある』と答えた。〈なんで私だけ?という気持ちはある?〉と聞くと、少し考えた後で「ある」と答えたので、リストに追加した。

#5 UNOを実施後、EMDRの安全な場所のワークを実施した。Tac/AudioScanを使用した。Bは自宅の自分の部屋をイメージした。「落ち着

く」という感想だった。表情は明るく、自発話も多かった。

#6 自我状態療法を開始した。『怖い気持ちになる自分』について話をしていると、Bは就寝時に廊下の電気が勝手に着いたり消えたりするのが怖いと話し始めた。この恐怖は現在、病棟生活で感じているものであったため、これを扱うためにEMDRに切り替えた。就寝時の怖さを思い出してもらいながら、Tac/AudioScanを用いて処理を行った。怖い時には布団をかぶったり、看護師に助けをを求めることを教えて、それをイメージしてもらいながらEMDRを続けた。EMDR後、恐怖心はまだ少しだけ残っていた。

セッションの後、治療者は看護師とともにBの病室近くの自動点灯システムを確認した。その後、看護師からBに説明してもらった。

#7 父親から受けたトラウマの処理を提案するが、Bは拒否したため、主体性を発揮できるような関わりをBが持てるようにUNOを通じて援助した。セッション後、Bは別の臨床心理士に「他の子みたいに遊びたい」と訴えた。

#8 前回の訴えを考慮して、今回からプレイルームでプレイセラピーを実施した。補助の心理士も含めて3人で実施した。Bは自発的に部屋を探索しなかった。治療者がおもちゃ箱を出して、おもちゃについて話をすると、にこにこ笑って聞いていた。Bはいきいきとした表情を見せる際に治療者に視線を向けていた。Bのアタッチメントの問題を扱うために、Bの感情状態に共鳴するような関わりを行った。

#### (4) その後のセッションの様子

#9~10 プレイセラピーを実施した。Bは病棟の他児と同じ遊びをしたいと主張した。治療者は、アタッチメントと自発性の問題を扱うため



に、受容的かつ一緒に楽しむ姿勢で臨み、Bが感情や表情を表出した直後に同じような表情で反応することを繰り返した。

※ #9～10の間の病棟での様子

解離性幻聴は改善した。帰省を渋ることはなくなった。自分の気持ちをうまく伝えることができずにトラブルになることが見られた。

## 【考察】

### 1. 自我状態療法と EMDR の効果について

症例 A で #2～4 にかけてポジティブな面をまず重点的に扱ったのは、A が逆境的環境の中で育ち、感情コントロールが機能不全に陥っていたためである。ポジティブな面を十分扱うことで、子ども自身がネガティブな面に目を向けていくことができるようになるからである。#5の後、面接の作業が病棟内のトラブル解決へと方向転換したのは、#5 でネガティブな面を扱ったことの反動であったとも考えられる。#6～7 で病棟生活が落ち着くと、再び自我状態療法に取り組むことができるようになった。

A は UPID でトラウマ的出来事がないと判定されたことや、CDC、SDQ、TSCC-A の得点が臨床域に達しなかったことから、心理療法導入時の心理状態は比較的落ち着いた状態であったと言える。自我状態療法で、TSCC-A の不安、抑うつ、外傷後ストレスが低下したことや、SDQ の行為の問題が低下したことから、自我状態療法の効果があったと言える。これは、Christensen et al. (2013) の結果とも一致する。解離症状に関しては、臨床域でなかったことや、病棟で頻繁に出現するものではなかったため、うまく取り扱うことができなかった。

A に自我状態療法の効果が見られたのは、A

が治療を通じて安全感を感じ、自分自身のさまざまな感情と向き合っ、さらに友好的な関係を築けたことがあるだろう。これは、内的葛藤を解消するという自我状態療法本来の目的と合致するところである。

症例 B は心理的虐待と身体的虐待の中から入院に至ったケースであり、入院前に大人からの関わりに対して安心を感じることができなかった可能性がある。B の場合はプレイセラピーへの反応が非常に良好であった。治療者は B の感情表出にすばやく非言語的に反応するように心がけたが（例えば表情や身振り手振り、声の調子など）、これによって B 自身が自分の感情に気づく手助けになったと思われる。このような非言語レベルのコミュニケーションはアタッチメントを治療で扱う際に重要な要素であると言われている (Schore & Schore, 2008)。TSCC-A の外傷後ストレス尺度が低下したが、その他の下位尺度に大きな変化は見られなかったが、これはおそらく EMDR 単独の効果であると思われる。SDQ の行為の問題と過活動が改善し、それに伴って全体的困難の程度も改善した。一方、感情の問題や社会性の変化は見られなかった。B の場合、呼吸法や UNO、プレイセラピーによって行動面が改善したが、自我状態療法が実施できなかったために感情面の問題は解決しなかったと思われる。

### 2. 児童への自我状態療法の適用について

本研究で対象となった児童は、2 例とも全体的な症状のレベルが落ち着いた状態であった。激しい行動化を起こすケースは今回扱えなかったが、このようなケースの場合はまず落ち着かせ、生活場面で安全感を感じてもらってから始める必要があるだろう。また、生活場面で

トラブルが起きた時は、そちらの解決を優先するほうが良いだろう。トラブルの中では安心して心理療法に取り組めないからである。

児童が萎縮していないかどうかもポイントとなる。自我状態療法は自分の内面を治療者とともに見つめる作業であるので、治療者にある程度ところを開いてもらう必要がある。生育歴や現在の対人関係のパターンから、スムーズな導入が可能かどうかの判断が必要である。

### 3. 併用する技法について

自我状態療法の対象者はトラウマを持っているため、EMDR のようなトラウマ処理技法を併用することが望ましい。また、アタッチメントの治療が優先される場合はプレイセラピーも必要に応じて併用することが望ましい。プレイセラピーでは、一瞬一瞬の非言語的コミュニケーションを重視すると良いだろう。

### 【引用文献】

Christensen, C., Barabasz, A. & Barabasz, M. 2012 Efficacy of abreactive ego state therapy for PTSD: Trauma resolution, depression, and anxiety. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 61, 20-37.

Federn, P. 1953, 1977 *Ego psychology and the psychoses*. London: Maresfield Reprints.

福井義一 2012 自我状態療法の実際 ブリーフサイコセラピー研究 2012, 21, 33-42.

パトナム, F. W. 中井久夫 (訳) 2001 解離; 若年期における病理と治療 みすず書房 (Putnam, F. W. 1997 *Dissociation in children and adolescents; A developmental perspective*. New York: The

Guilford Press)

Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M. & Stams, G. J. 2009 Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29, 599-606.

Schore, J. & Schore, A. 2008 Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical social work journal*, 36, 9-20.

Seidler, G. H., & Wagner, F. E. 2006 Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological medicine*, 36, 1515-1522.

シャピロ, F. 市井雅哉 (監訳) 2004 EMDR 外傷記憶を処理する心理療法 二瓶社 (Shapiro, F. 1995, 2001 *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures/ 2nd ed*. New York: The Guilford Press and Paterson Marsh Ltd)

杉山登志郎 2009 そだちの臨床—発達精神病理学の新地平 日本評論社

高石昇・大谷彰 2012 現代催眠原論 臨床・理論・検証 金剛出版

Watkins, J. G. & Watkins, H. H. 1997 *Ego state theory and therapy*. New York: W. W. Norton & Company inc.