

セラピストとクライアントの治療的関係が 認知行動療法のプロセスおよび 結果に及ぼす影響：欧米における実証的研究の展望

加曾利 岳美*

This study reviewed recent empirical studies in the Western countries that investigate the impacts of the therapeutic relationship on the process or treatment outcomes in Cognitive Behavioural Therapy (CBT). The following results were discussed. (a) The levels of therapeutic alliance associated with improved outcomes and the variables that moderate between the therapeutic relationship and CBT outcomes varied with the types of disease or problems and developmental stages. (b) Higher levels of alliance with the therapist in children with anxiety disorders predicted more proved outcomes in post CBT, and the ratings of alliances in children, observers, and therapists were significantly correlated. (c) The clients' variables associated with the therapeutic relationship were interpersonal problems before therapy, expectations, or openness and so on. The variables associated with therapists were professional characteristics, adherence, Rogerian therapist variables, and so on. (d) The variables associated with the premature termination of therapy were clients' lower levels of self-esteem, low alliance with therapist, low contemplation, high levels of initial symptom severities, and so on. (e) Clients with generalized anxiety disorder may express their ambivalence about change as motivational language in early sessions of CBT.

Key Words : Cognitive Behavioural Therapy (CBT), therapeutic relationship, therapeutic alliance, premature termination from therapy, ambivalence about change

I. 問題と目的

今日、認知行動療法 (Cognitive Behavioural Therapy: 以下、CBT と略記) の有効性は、様々な精神疾患への治療・介入による実証的研究から、十分実証されてきている。しかしながら、実際の心理臨床においては、たとえ、実践マニュアルに基づいた“所定の手順による臨床実践 (routine clinical work)”を行なったとしても、早すぎる終了 (premature termination) や、不十分な結果が見られることは、少なくないであろう。

従来、CBT での premature termination は、セラ

ピストの訓練不足や未熟さ、CBT プログラムの問題、さらには、セラピスト個人の対人関係の築き方などのパーソナリティの問題にまで帰属されることが多かった。しかしながら、この問題については、近年、欧米の CBT 研究では、セラピストとクライアントの治療的関係 (therapeutic relationship) に焦点を当てた視点から、要因の分析が行われるようになってきている。他方、我が国においては、そのような視点に基づいた CBT の研究は、ほとんど見られていない。

セラピストとクライアントの治療的関係については、これまで、多くは“therapeutic alliance”あるいは、“working alliance”という概念から検討さ

*人間学部心理学科

れてきた。“therapeutic alliance”は、日本語では、「治療同盟」「治療契約」と訳され、“working alliance”は「作業同盟」と訳されている。“Alliance”という語は、Hornby（2010）によれば、“an agreement between countries, political parties, etc. to work together in order to achieve something that they all want.（国、政党などが、自ら望む事を成し遂げるために、共に働くための合意）”を意味する。これは、対等な関係の上に築かれる、協定、契約、同意、合意などを表わすことから、“therapeutic alliance”とは、治療においてセラピストとクライアントの間に形成される、「何かを成し遂げるために共に働くことへの合意、協定、同意、契約など」を意味すると言える。この「何か」とは、CBTにおいては、クライアントが改善や解決を目指す、症状や問題である。

Andrusyna, Tang, DeRubeis & Luborsky（2001）は、治療同盟は、あらゆるタイプの心理療法において、成功するために非常に重要であると述べている。また、Andrusyna et al.（2001）は、Bordin（1979）が同盟の定義として示した3つの要素、すなわち、1）治療のゴールに関するクライアントとセラピストの合意（Goal）、2）ゴールにいかんして到達するかについてのセラピストとクライアントの合意（Task agreement）、3）セラピストとクライアントの間の個人的絆（Personal bond）の発展を紹介している。Andrusyna et al.（2001）によれば、この定義は広く受け入れられてきた一般的なものである。

また、Dattilio & Hanna（2012）は、「治療において共通のゴールを確立するためにセラピストとクライアントが共に作業する系統的なプロセスを含む“共同的な経験主義（collaborative empiricism）”は、CBTでの変化を担うもの（agents）の中でも、主要なもの1つである」と述べている。そして、セラピストの役割は、「治療的な協働と経験のプロセスにより構成されるものを発展させ、促進し、維持すること」であると述べている。Dattilio et al.（2012）のこの指摘からは、CBT研究において、経験主義に基づく知見を蓄積することの重要性が強調されていると言えよう。

さて、CBTの効果研究においては、同盟を評

価するための尺度が開発されている。例えば、Horvath & Greeberg（1989）は、“the Working Alliance Inventory（WAI）”を開発し、WAI-T（セラピスト版）とWAI-C（クライアント版）両方において、Bordin（1979）の作業同盟の定義通り、「ゴール（Goal）」「課題（Task）」「絆（Bond）」という3因子が抽出されたと報告している。Tracey & Kokotovic（1989）は、36項目、12項目の短縮版を作成し、Tichenor & Hill（1989）は、観察者版（WAI-O）も開発した（Andrusyna et al., 2001参照）。Andrusyna et al（2001）は、WAI-O-S（短縮版、観察者版）を用いてCBTにおける同盟の探索的因子分析を行い、従来とは異なる作業同盟の2因子構造、すなわち、①セラピストとクライアントの関係性（Relationship）および、②クライアントの同意とセラピストおよびCBTに対する信頼（Agreement / Confidence）を抽出している。

このようなCBT研究における動向を踏まえ、本研究では、治療的な関係（therapeutic relationship）がCBTプロセスと結果に及ぼす影響について検討した最近の欧米の実証的研究を、以下の観点から展望することとする。1）治療的関係がCBTのプロセスと結果に及ぼす影響の疾患や問題による違い。2）治療的関係がCBTのプロセスと結果に及ぼす影響の発達段階（特に、子ども、思春期、高齢者）による違い。3）CBTの治療的関係に関わるセラピストとクライアントの要因。

さらに、筆者の心療内科・精神科クリニックでのCBT実践（約10年、週5～9セッション施行）を基に、セラピストとクライアントの治療的関係がCBTのプロセスと成果に及ぼす影響について、考察を加えることとする。

II. CBTにおける治療的関係に関する最近の研究

CBTにおける治療的関係と治療効果との関連は、精神疾患、患者の発達段階、治療形態等によって異なる。ここでは、CBTにおける治療的関係に関する最近の欧米の研究を、疾患や問題、また、発達段階別に概観する。

1) 精神疾患や問題行動への CBT における治療的関係

うつ症状への CBT における研究では, Howard, Turner, Olkin & Mohr (2006) が, 19 人のうつ症状を呈する多発硬化患者を対象に, 治療同盟, 心理療法の結果, 対人関係の問題との関連を報告している。参加者は, 16 週の個人 CBT 受け, Beck Depression Inventory (BDI), the Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex (IIP-C), the Working Alliance Inventory-Client Form (WAI-C) を実施した。その結果, IIP-C は, 16 週目の BDI と 4 週目の WAI-C を予測すること, また, WAI-C をコントロールした場合には IIP-C と BDI との関連が有意ではなくなることを報告した。このから Howard et al. (2006) は, 「治療同盟は対人関係の機能と治療結果とを媒介する」と結論付けている。

不安障害との関連では, Mörtberg (2014) が, 治療的な絆 (therapeutic bond), 課題およびゴールについての合意 (agreement on tasks and goals) を含む作業同盟を, 個人あるいは, 集団 CBT を受けている社交不安障害の 54 人の患者を対象に調べている。その結果, 同盟は集団 CBT より個人 CBT の方が有意に強く, 治療結果とは関連が無かったことを報告した。

同様の研究として, McEvoy, Burgess & Nathan (2014) は, コミュニティクリニックで不安障害あるいは, 抑うつ個人・集団 CBT を受けている患者を対象に, 対人関係の問題, 同盟, 脱落, 治療結果の関係を調べている。その結果, 集団 CBT では, 開始前の強い対人関係の問題は, 脱落のリスクの増大と乏しい成果と関連し, その関係は同盟によって左右されなかったことを報告した。他方, 個人 CBT では, 強い同盟を報告した患者は治療を完了する傾向にあったこと, また, 同盟は症状の変化には関連せず, 対人関係の問題は摩擦や治療結果には関連していなかったことが明らかとなっている。

社交不安障害への CBT における適度な同盟のレベルを検討した研究として, Hayes, Hope, VanDyke & Heimberg (2007) は, 社交不安障害への CBT を受けている 18 人のクライアントを

対象に, 治療同盟, 治療の有益性, 感情のコントロールとの関連を調べている。その結果, クライアントが評価した治療同盟とセッションの有益性との間には正の相関関係が認められ, 適度な (moderate) レベルの治療同盟は, 治療前の強い不安とセッション内での強い慣れ (habituation) に関連していたと報告した。このことから, Heys et al. (2007) は, 重い社交不安障害では, 適度なレベルの同盟がセッションへの慣れをもたらすことを示唆している。

広場恐怖を伴うパニック障害への CBT における同盟と結果との関連を調べた研究としては, Huppert, Kivity, Barlow, Gorman, Shear & Woods (2014) が, 同盟が治療結果に及ぼす影響について調べている。同盟の評価は, 治療の初期, 後期に行い, 初期症状からの変化を, multilevel modeling controlling の手法を用いて分析した。その結果, 患者の同盟は, 結果 (パニックの深刻度や不安の強さ) および, 摩擦 (attrition) を予測したが, セラピストの同盟は, 結果を予測せず摩擦を予測したと報告した。

パニック障害へのインターネット・ベースの CBT と集団 CBT の効果を比較したものに, El Alaoui, Hedman, Ljótsson, Bergström, Andersson, Rück, Andersson & Lindfors (2013) がある。El et al. (2013) は, 精神科外来を受診するパニック障害患者 (N=104) を無作為にインターネットベースの CBT (ICBT) または, 集団認知行動療法 (group CBT : GCBT) に振り分け, 10 週の治療前後および, 6 ヶ月後の結果を比較した。重回帰分析の結果, 両治療形態とも, ポジティブな治療反応を予測した変数は, 症状の深刻さと, 就労上の障害 (work impairment) が低いことであると報告した。このことは, ICBT においても, 対面の場合と同様に, 効果的な CBT に影響するセラピストとの関係性を築くことができることを示唆している。

パニック障害への CBT を時系列上で検討し, 同盟の発展の仕方をタイプ分けした研究として, Weiss, Kivity & Huppert (2014) がある。Weiss et al. (2014) は, パニック障害への CBT を受けている 19 人の患者を対象にして, 治療同盟, パニッ

ク症状、認知を、治療の前と後で評定したところ、結果には幾つかのパターンが見られたことを報告した。すなわち、1) 鋸歯状のパターンを含むタイプ（セッション内では改善し、セッション間で低下するというタイプ：患者の63%）、2) 同盟がすぐに増加するタイプ（58%）、3) 同盟の安定化が遅れるタイプ（89%）であった。これらの知見から Weiss et al. (2014) は、同盟や症状が治療過程を通して発展し変動すること、また、その変動の仕方には幾つかのパターンがあることを示した。

精神病への CBT (CBTp) における同盟と治療効果との関連を調べたものに、Evans-Jones, Peters & Barker (2009) がある。Evans-Hones et al. (2009) は、24 対のセラピストとクライアントを対象に、2～9 セッション間で以下の測定を行った。1) The Working Alliance Inventory, 2) クライアントに関する変数（性、年齢、民族、精神病的陽性/陰性症状、疾患が継続する長さ、入院、社会的な接触、仕事、認知的な洞察、仮定した矛盾に対する反応）、3) セラピストに関する変数（empathy、熟達度、魅力、信頼性、資格取得年数、CBTp を行った年数、CBTp への自信）、4) セラピーに関する変数（セッション数、CBTp 介入を行った回数、formulation の提示）。分析の結果、クライアントに関する変数は全て治療的関係に関連していなかった。他方で、クライアントが評価するセラピストの共感、熟達度、魅力、信頼性は、より良い治療的関係と関連があった。このことから、Evans-Jones et al. (2009) は、精神病的深刻さやセラピストの自信、経験と関係なく、セラピストは良い治療的関係を精神病的クライアントと築くことができること、また、CBTp の基本原則である、empathy や共通のゴールを持つことが、治療的関係のために重要な要因であることを示した。

境界性人格障害への CBT における治療的関係については、Cash, Hardy, Kettett & Parry (2014) が、task-analytic methods を用いて検討している。Cash et al. (2014) は、境界性人格障害への CBT で改善が見られた 2 名のクライアントの決裂の解消 (rapture resolution) の機序を分析している。その結果、Cash et al. (2014) は、最終的な決裂

解消のモデルは抑うつでのモデルと類似していたが“外部の観察者 (external observer)”を含む付加的な要素が確認されたこと、また、そのプロセスにおいては、患者の情緒的経験に焦点を当てることが重要であることを示した。

不眠症への CBT における同盟について調べた研究として、Constantino, Manber, Ong, Kuo, Huang & Arnow (2007) がある。Constantino et al. (2007) は、対人関係理論 (interpersonal theory) および、より広範な心理療法研究に基づき、不眠症患者の治療への期待と治療同盟が、集団認知行動療法に及ぼす効果について検討した。その結果、治療早期に改善への期待が低かった患者は、その後にセラピストをより連携できる相手として認知することにより、睡眠の問題が改善されたことを報告した。このことから、Constantino et al. (2007) は、同盟が患者の期待と睡眠問題を媒介することを示した。

摂食障害への CBT における同盟について調べた研究として、Waller, Evans & Stringer (2012) がある。Waller et al. (2012) は、44 人の摂食障害患者を対象に CBT 開始初期 (6 セッションまで) の摂食状況、1 軸と 2 軸の特徴、治療同盟との関連を検討した。その結果、患者の初期の感情や対人関係の特徴は治療同盟と関連し、患者との治療同盟は、必要に応じて患者の対人関係上での悩みや困難を取り扱うことにより強化されうること示した。

また、Raykos, McEvoy, Erceg-Hurn, Byrne, Fursland & Nathan (2014) は、112 名の神経性過食症あるいは、非定型神経性過食症患者を対象に、強化認知行動療法 (Enhanced Cognitive Behavioural Therapy: CBT-E) を実施し、開始時、中間時、終了時での同盟、治療の維持、成果との関連を検討した。その結果、同盟は行動の変化 (毎週のセッション内での計測、規則的な摂食行動を確立すること、過食と補償行動を止めること) が始まった治療初期に向上したことを報告した。他方、症状が深刻で対人関係に問題のある神経性過食症患者においては、同盟は治療の維持や成果を予測しなかったことを報告した。

Loeb, Wilson, Labouvie, Pratt, Hayaki, Walsh,

Agras & Fairburn (2005) は、神経性過食症への CBT と対人関係療法における、治療同盟、治療プロトコルの遵守、結果との関連を分析した。評定は、治療セッションの録音テープを基に異なる観察者が行った。その結果、セラピストの要因、セラピスト×治療法の要因は、治療効果に関連が無かったこと、また、同盟と遵守には強い関連があり、特に CBT では関連性が強かったことを報告した。

慢性疲労症候群 (chronic fatigue syndrome: CFS) への CBT における同盟について調べたものとして、Heins, Knoop & Bleijenberg (2013) がある。Heins et al. (2013) は、217 人の CFS 患者を対象に、疲労、治療関係、疲労を慢性化する要因を、CBT の開始時、施行中の 3 時点、終了後に測定した。その結果、ベースラインでの結果予測と治療の内容についての合意が、治療後の疲労を予測し、治療後の疲労の 25% は、結果予測、治療同盟、疲労を慢性化する要因によって説明された。このことから Heins et al. (2013) は、「ポジティブな結果の予測と課題への合意が、CFS への CBT において疲労を慢性化する要因の変化を促す」と述べ、治療の初期にポジティブな治療関係を構築することの重要性を強調している。

知的障害のある患者への CBT における治療の関係について、Jahoda, Selkirk, Trower, Pert, Stenfort Kroese, Dagnan & Burford (2009) が検討している。Jahoda et al. (2009) は、知的障害のある人々は「受容と表現によるコミュニケーションに困難を持つことが多いため、今後ますます、CBT の必要性が高くなる」ことを指摘している。さらに、「彼らは権力を持つ立場の人との関係に不利と差別の歴史があるため、セラピストと協働的な相互関係を築くことに苦労するかも知れない」と述べている。そして、境界から軽い知的障害と、顕著な抑うつ、不安、怒りを持つ 15 人の患者を対象に、“an initiative-response method (対話における配分を分析する方法)” を使用し、セッション 4 および 9 の逐語から、会話における力の配分 (power distribution) の分析を行った。その結果、患者とセラピスト間で力は相対的に等しく配分され、また、セラピーの進展により協働関係が増すことは

なかったと報告している。この知見からは、知的障害のある患者の協働関係の発展の仕方には、定型発達のある成人の場合と異なるパターンが見られることが示唆されている。今後は、会話分析という一側面からの変化だけでなく、表情の解析や行動の分析などからも、協働関係の発展と CBT の効果との関連が明らかになることが望まれよう。

2) 治療的關係が CBT のプロセスと結果に及ぼす影響の発達段階 (特に、子ども、思春期、高齢期) による違い

子どもや思春期、および、高齢者では、同盟と CBT の効果との関連は、成人とは異なることが考えられる。Seligman & Ollendick (2011) は、若者の不安障害への CBT には様々な治療パッケージが用いられているが、そこに共通する中核的な要素として「包括的な査定 (a comprehensive assessment)」「良い治療関係および、作業同盟を発展させること」「認識再構成 (cognitive restructuring)」「回避行動を低減した反復する暴露」「スキル・トレーニング」があると述べている。この知見からは、CBT の効果には、発達段階の特性に応じた同盟の在り方が関与していることが想定される。ここでは、特に、子ども、思春期、高齢者に焦点を当て、発達段階による治療関係と CBT の効果の違いについての知見を概観する。

Keeley, Geffken, Ricketts, McNamara & Storch (2011) は、強迫性障害の子どもへの家族ベースの CBT (family-based CBT) における、治療反応を予測する要因を明らかにするため、治療同盟を含む治療経過の要因を独立変数とした分析を行った。その結果、1) 子ども、親、セラピストの治療同盟が高いことは、治療効果が高いことを予測すること、(2) 子どもが評定する初期の同盟 (1~5 セッション間の治療同盟の変化) がより大きく、長く持続することは、より良い治療結果を予測することを明らかにした。

同様の研究に、Chiu, McLeod, Har & Wood (2009) がある。Chiu et al. (2009) は、不安障害の子どものためのマニュアルに基づいた CBT を施行し、子どもとセラピスト間の同盟と結果との関連を調べた。34 人の不安障害の子ども (6~13 歳)

の123のCBTセッションでの子どもとセラピストの同盟が、異なる評定者により、The Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy - Alliance scale (TPOCS-A; McLeod, 2005)を用いて評定された。親は、治療の前、中間、治療後に子どもの相対的な症状を報告した。その結果、治療初期の子どもとセラピストの同盟が強いことは、中間期に親が報告した子どもの大きい改善を予測したが、治療後の改善は予測しなかった。また、治療全体を通じて子どもとセラピストの同盟が向上することは、治療後のより良い結果を予測したことが報告された。

他方、Liber, McLeod, Van Widenfelt, Goedhart, van der Leeden, Utens & Treffers (2010)は、上記とは異なる結果を見出している。Liber et al. (2010)は、マニュアルに基づいた不安障害の若者への個人・集団CBTにおける、治療遵守 (treatment adherence)、同盟、結果との関連を調べた。不安障害の52人の子ども (8～12歳)のセラピーセッションのテープを基に、訓練を受けた観察者が治療遵守と子どもとセラピストの同盟を評定し、子どもが不安を治療前、中間、治療後で評定した。親は、子どもの内在化した症状を治療の前後に評定した。その結果、治療遵守、同盟は、子どもの治療結果を予測しなかったことが報告された。

また、セラピストのどのような行動が、不安障害の子どもが知覚する同盟に貢献しているのかを検討したものに、Creed & Kendall (2005)がある。この研究では、マニュアル化された不安障害へのCBTを受けている56名の子どもを対象に、11名のセラピストの3セッションまでの行動がコード化され、子ども、セラピスト、観察者の同盟の評定値が、3と7セッションで測定された。その結果、協働 (collaboration) は、初期の子ども同盟をポジティブに予測し、「共通の基盤を見つけること (finding common ground)」「子どもに話すよう強いること (pushing the child to talk)」は、初期の子ども同盟をネガティブに予測したことが分かった。また、セラピストの行動は全て初期のセラピストの同盟を予測しなかったが、「協働」「過度に儀礼的ではないこと」は、7セッションでのセラピストの同盟を positive に予測した。

さらに、子ども、観察者、セラピストの同盟には、有意に相関関係があったことが報告された。これらの知見から、不安障害の子どもと同盟を築く上では、効果的なセラピストの行動があることが分かる。今後は、健常児との比較検討も必要となろう。

思春期の不安障害を対象として、近年注目されているオンラインCBT (online cognitive behavioural therapy)と同盟との関連性を検討したものに、Anderson, Spence, Donovan, March, Prosser & Kenardy (2012)がある。Anderson et al. (2012)は、思春期の不安障害を対象に、セラピストの接触を最小限にした (週1度の短いe-mailと電話が提供される) オンラインCBTにおける作業同盟の質と、作業同盟とセラピーの遵守 (therapy compliance) が治療結果に及ぼす影響について調べた。その結果、思春期では、クリニックベースでのCBTとオンラインCBTとの間に有意な差は見られず、オンラインCBT後に不安症状が有意に低減し、治療同盟とセラピーの遵守が高かったときにより治療効果が見られた。しかしながら、そのような関係は、子どもたちにおいては見られなかったことが報告された。このことから、思春期の不安障害では、セラピストとの直接の関わりを最小限にした臨床場においてもクリニックベースでのCBTと同様の治療効果があるが、先述したHayes et al. (2007)の知見と同様に、そこには適度なレベルの同盟やセラピーの遵守が必要であることが示唆された。

思春期の物質濫用と同盟との関連を調べた研究として、Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero & Liddle (2006)がある。Hogue et al. (2006)は、個人CBTあるいは、家族療法を受けている物質濫用のある100人の思春期のクライアントおよび、その親を対象に、初期の治療同盟の効果を調べている。同盟の評定は観察者が行い、6ヵ月後のフォローアップ時での治療の維持 (CBTのみ)、結果 (薬物使用、症状の外在化・内在化)を予測するか否かを検討した。その結果、CBTには同盟の効果がなく、家族療法では、親の同盟が強いことが思春期の薬物使用の低下と外在化を予測したことを報告した。この知見から、CBTにおける同盟が効果的に働くかどうかには、問題行動の

重篤さが関連することが示唆された。

高齢期への CBT における治療的関係について調べたものに、Ayers, Bratiotis, Saxena & Wetherell (2012)がある。Ayers et al. (2012)は、質的アプローチを用いて、CBT プロトコルについてのセラピストと患者の視点を比較した。その結果、セラピストに共通して見られた患者のテーマは、ホームワークの価値付け、治療セッションの遵守、実行機能の欠乏（展望的記憶：prospective memory, 計画、問題解決、認知的柔軟性）であった。他方、患者からの報告では、認知的方略は限定的な成功であったのに対し、曝露の練習、治療的関係は、治療の中で最も有用であった。このことから Ayers et al. (2012)は、高齢者の CBT の効果は、曝露療法の要素に焦点を当て、実行機能の障害を改善させ (remediating)、簡素化したホームワークを与え、力説 (emphasis) を少なくし、認知再構成法を調整する (modifying) ことにより、向上することを指摘した。これらの知見からは、高齢者の CBT においては、セラピストとクライアントの捉えるテーマや効果的な CBT の技法には違いが見られること、また、高齢期への CBT において、同盟は特に重要な要因であることが考えられる。

3) CBT における治療的関係に関連する要因

ここでは、CBT における治療的関係に関わる要因を、クライアントの要因とセラピストの要因とに分け、それぞれについて、最近の欧米の文献を概観する。また、それらの知見に対して、筆者の心理臨床の経験から考察を加えることとする。

①セラピストの要因

a) ロジェリアン・セラピストの変数 (Rogerian therapist variables)

Keijsers, Schaap & Hoogduin (2000) は、「CBT は、セラピスト側のより行動的かつ直接的なスタンスと、洞察志向の心理療法に比べてより強く情緒的なサポートを行うことを特徴とする。セラピストは、洞察志向の心理療法家が示すのと同様に、深いレベルの empathy と無条件の積極的肯定を示す」と述べている。そして、セラピストに関するクラスターとして、(a) ロジェリアン・セラ

ピストの変数、すなわち、empathy (共感)、非所有の温かさ (nonpossessive warmth)、積極的な肯定 (positive regard)、純粋性 (genuineness)、(b) 治療同盟という 2 つを同定している。Keijsers et al. (2000) が、CBT においてロジェリアン・セラピストの変数を強調することは、筆者は以下の理由で妥当であると考ええる。

たとえば、家族を事故や病気等で失ったことによりうつ病に罹患した患者に対し、CBT の過程で喪の作業を経ることは、心の回復にとって大切であろう。もし、CBT においてうつ症状の改善や就労能力の回復といった行動のみに焦点を当て、それを面接目標とすると、クライアントやその家族のペースに合った回復の過程が進んで行かないことも考えられる。そのような場合、クライアントや家族から何らかの不全感が訴えられ、「もっといろいろと話したい」といった要望が出てくることもあるであろう。CBT のプロトコルを遵守することを優先した結果、中断に至ることもあるかも知れない。

また、CBT の中で、クライアントがアジェンダとは関係無く、突然、配偶者の死、離婚、夫婦関係、育児など、ライフサイクルの中で起こる問題を深く語り始めることがある。これは、治療的関係が進展した結果起こるものであり、より深いレベルの empathy に基づくカウンセリングが必要となる瞬間であろう。そのような面接の中で、クライアントの語りを大切に扱うことが、治療的関係を維持し発展する上でも重要となる。

Weiss et al. (2014) が同盟の発展の仕方には幾つかのパターンがあると指摘しているように、クライアントとの治療的関係は、CBT の初期においてのみ形成されるだけでなく、介入の全体を通じて形成され、発展するものと考えられる。したがって、クライアントがライフサイクル上の重要な問題を語り始める場合には、セラピストはロジェリアン・セラピストの変数を大切にしたい面接を行い、クライアントの心の作業が進むための時間と空間を十分に確保することが必要であると考ええる。

b) 個人的特性

セラピストの個人的特性と治療同盟との関連

性を調べた研究に、Heinonen, Lindfors, Härkänen, Virtala, Jääskeläinen & Knekt (2013)がある。Heinonen et al. (2013)は、70人の経験のあるセラピストが、うつ病あるいは、不安障害の患者を対象に短期（solution-focused, 短期精神力動療法）あるいは、長期（長期精神力動療法, 精神分析）心理療法を行った際の治療的作業関係（the therapeutic working relationship）を、セラピストの特徴との関連から調べている。治療前に、Development of Psychotherapists Common Core Questionnaireを用いてセラピストの専門性と個人的特徴が評定され、3セッション、および、治療開始から7ヵ月後のフォローアップ時に、Working Alliance Inventoryを用いてセラピストと患者の作業同盟が評定された。その結果、セラピストが自己評定した基本的な対人スキルは、短期および長期セラピーの双方において、患者がより良い同盟を形成することを予測した。また、患者に関係性の持ち方を変えるよう促すことは、短期治療法では患者の治療同盟を向上させたが、長期療法では患者の治療同盟を悪化させ、長期療法においてはむしろ、建設的な治療技術（constructive coping techniques）が有効であったことが報告されている。さらに、Heinonen et al. (2013)は、セラピストの専門性についての自信と、私生活での経験に沿って仕事を楽しむこと（work enjoyment）は、セラピストの同盟の高さを予測したが、患者の同盟は予測しなかったことを報告している。これらのことは、同盟の形成にはセラピストの対人スキルが関連しているが、仕事を楽しむといった私的な態度までは関連していないことを示しており、セラピストの個人特性における特定の領域のみが、同盟に影響することを示唆していると言える。

c) 熟達度と専門性

熟達度や専門性が低い訓練中のセラピストでは、CBTの効果やクライアントの満足度にどのような特徴が見られるのかを調べた研究として、Hiltunen, Kocys & Perrin-Wallqvist (2013)がある。Hiltunen et al. (2013)は、Karlstad大学の心理療法トレーニングセンターにおいて、理論的な教育が十分ではなく経験の少ない訓練中のセラピスト（trainee therapists）からCBTを受けているク

ライアントを対象に、症状の変化とセラピーへの満足度を調べた。クライアントは、平均して11の治療セッションを受けた。その結果、訓練中のセラピストが施行したCBTが効果的であったことが分かり、症状チェックリスト（Symptoms Checklist）を用いてクライアントが評定した症状は、9項目中7項目が有意に改善し、生活の満足度（satisfaction with life）は有意に向上していた。また、セラピーの前と後に施行したThe Montgomery-Asberg Depression Rating Scaleの評定では、クライアントのうつ状態は有意に改善していた。他方、セラピストの評価では、クライアントの64%（ $SD = 32.01$ ）が有意に状態の改善を示していた。クライアントによるセラピーへの満足度の調査では、クライアントが治療を受けて非常に喜んでいるという結果であった。さらに、クライアントが知覚する改善のレベルとセラピストの満足度の間に、強い正の相関関係が見られたことが報告された。これらのHiltunen et al. (2013)の報告から、熟達度や専門性が直接CBTの効果に影響する訳ではなく、両者の媒介変数として治療的関係が存在することが考えられる。また、クライアントが知覚する改善のレベルとセラピストの満足感との間の強い正の相関関係は、中断事例においても説明できる関係性であると思われるため、中断を予測する上でセラピストの満足感に注目することも有効である可能性がある。

他方、Kuyken & Tsivrikos (2009)は、外来クリニックで抑うつへのCBTを受けている69人の患者を対象に、治療的関係と結果との関連を調べ、患者に合併症がある場合には、CBT結果が思わしくなかったが、セラピストが高い能力（competence）を持つ場合には、合併症があっても結果が改善されたことを報告している。これらの知見は、セラピストの能力の高さが合併症のある抑うつへのCBTにおいて直接的に関連することを示しているが、その能力の一つとして治療的関係を築く能力も考えられるため、合併症のある事例については、CBTの効果に関連する要因としての治療的関係をさらに検討する必要がある。

関連する研究として、Gold, Hilsenroth, Kuutmann & Owen (2014)は、卒業生臨床家（graduate clinicians）

が過去に受けた個人セラピー (personal therapy) と、彼らがその後セラピストとして行った心理療法のプロセスと結果との関連性を調べている。個人セラピーで様々な経験をした 14 名の卒業生臨床家が、大学ベースのコミュニティアクリニック (university-based community clinic) で短期精神力動心理療法を受けている 54 名の外来患者の介入を行ったところ、卒業生臨床家が受けていた個人セラピーの継続期間や、その時に形成された同盟 (彼ら自身がセラピストとして評定) は、彼らの患者が評定した同盟や参加したセッション数に関連していなかった。他方、卒業生臨床家が個人セラピー内で経験した同盟は、彼らの患者が評定した結果と有意かつ positive に関連していた。この知見では、卒業生臨床家が訓練の一環として経験した同盟が、その後に比較的短い期間においてセラピストとして実施した CBT の成果に良い影響をもたらすことが示されており、Hiltunen et al. (2013) と同様に、熟練度や専門性が直接 CBT に影響するというより、同盟が両者を媒介することが示されている。

d) adherence (ルール・原則の遵守)

セラピストの adherence が、同盟や CBT の効果にどのように影響するかを調べたものに、Brauhardt, de Zwaan, Herpertz, Zipfel, Svaldi, Friederich & Hilbert (2014) がある。Brauhardt et al. (2014) は、過食症への CBT の効果に関わる要因を調べるため、セラピストの adherence、治療の経過、患者との関係、セラピストの特性、治療同盟を、multicenter randomized-controlled trial による CBT および、INTERBED-Study (インターネット・ベースのガイドによる self-help) の比較から検討した。セラピストの adherence は、89 名の患者からランダムに選定された 418 の CBT セッションの録音テープ (25% は全セッション) を訓練された評定者が Adherence Control Form (ACF) を用いて評定し、インタビューと自己報告から患者とセラピストの特性が評定された。その結果、患者とセラピストの特性は、セラピストの adherence を予測せず、セラピストの adherence は、治療同盟を positive に予測したことが分かった。

Rollinson, Haig, Warner, Garety, Kuipers, Freeman, Bebbington, Dunn & Fowler (2007) は、陽性症状のある精神病患者を対象に、research setting CBT (research clinical psychologists および、訓練された地方のセラピストが行う CBT) と、clinical settings CBT (訓練されたセラピストがケース・マネジメントサービスの一環として行う CBT) 間で、セラピストの adherence に違いが見られるかどうかを検討した。観察者による評定の結果、両者に違いは見られなかった。また、research setting の臨床家には、スキーマワーク、再発防止の介入、再発モデルの図式化が多く、clinical setting では、症状の査定や処方方略の作業が多く再発防止やスキーマレベルの作業が少なかったことが報告された。これらの知見から、adherence は治療同盟に影響し、research setting と clinical setting 間で CBT の介入・治療の内容は異なっているが、adherence は同様に保持されうるということが伺える。

e) セラピストの態度についてのクライアントの知覚

セラピストのどのような態度の特徴が、クライアントとの同盟の形成と発展に関連するかについて検討した研究として、Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad & Monsen (2014) がある。クライアントとセラピストは、Working Alliance Inventory を用いて、セラピストのセッション 3, 12, 20, 40 の同盟を評価し、その結果が Multilevel growth curve analyses を用いて分析された。セラピストが経験した事柄は、Psychotherapists Common Core Questionnaire を用いて評定された。その結果、セラピストのクライアントに対する否定的な反応やセッション内での不安が、クライアントが評価する同盟に影響していたことが報告された。

これらの知見から、セラピストの熟達度や専門性だけでなく、ロジエリアン・セラピストの変数や adherence などの変数も、同盟や CBT の効果に大きく影響することが明らかとなっている。また、セラピストの否定的な態度や感情がクライアントの同盟に影響することから、CBT の訓練においては、セラピストが自己の感情を客観的にモニタリングするプロセスを経験することも有効で

あると考えられる。

②クライアントの要因

a) 期待

CBTに対するクライアントの期待が、同盟やCBTの結果にどのように影響するのかを調べた研究として、Tsai, Ogrodniczuk, Sochting & Mirmiran (2014)がある。Tsai et al. (2014)は、うつ病の集団認知行動療法プログラムに参加する80名の外来患者を対象に、改善への期待 (expectations for improvement) と同盟、結果等の関連を検討した。その結果、結果に対する期待は、治療の完了とは関連が無かったこと、ベースラインでの期待は、初期の治療同盟の質に関連していたが、中間期の同盟には関連していなかったこと、期待の増大は、不安、生活の質、対人関係の問題の改善と有意に関連していたことなどが報告された。そのため、Tsai et al. (2014)は、「望ましい治療結果を得るためには、最初の2、3セッションで、患者の希望や成功に対する期待を高めるよう努力しなければならない」と述べている。この知見は、先述したKeely et al. (2011)の、治療初期(1～5セッション)に子どもが評定する治療同盟がCBTの良好な治療効果を予測するとの知見とはほぼ合致している。

また、Tsai et al. (2014)は、「クライアントの期待の増大は、望ましい治療効果を促す。成功する可能性についての楽観的な見通しは、患者とセラピストの間の強い作業関係 (working relationship) の発展に寄与するかも知れない」と述べている。筆者の経験では、クライアントに初回面接で介入がどの程度成功するかについての情報を与えることにより、初回面接後の継続率は極めて高くなっている(過去3年間での筆者が担当した新規事例41ケース39ケースが継続、継続率=95.12%)。クライアントに対して、どの程度成功する可能性があるかという保証を与えるかは、慎重な判断が必要であるが、セラピスト自身の実践に基づいた結果の予測をクライアントに伝えることは、治療的関係の形成にとっては意味があると考えられる。

b) 治療前のエピソードの回数

反復性うつ病の再発に関わるCBTの因子と

して、セラピストの adherence、能力、治療同盟等の他に、クライアントの過去のエピソードの回数を調べた研究として、Weck, Rudari, Hilling, Hautzinger, Heidenreich, Schermelleh-Engel & Stangier (2013)がある。Weck et al. (2013)は、「反復性うつ病の再発を予防することは、CBTの中心的目的と考えられる」と述べている。そして、反復性大うつ病性障害(現在軽減)の患者を対象に、再発を予防するための8ヶ月間の維持認知行動療法 (Maintenance Cognitive-Behavioral Therapy : M-CBT) を実施した。その際、セラピストの adherence、能力 (competence)、治療同盟が、抑うつの反復のリスクを低減するための予測因子として想定された。80名の患者のビデオテープを基にセラピストの adherence と能力が分析され、治療同盟は質問紙調査により評定された。その結果、Weck et al. (2013)は、セラピストの adherence および、能力と、治療の1年後の再発リスクとの間には関連が無く、治療同盟が再発の有意な予測因子であったことを報告した。また、治療前のうつのエピソードの数(5回以上対4回未満)が、媒介変数であったことから、「同盟と結果の関係は、患者が5回以上のうつのエピソードを持つときにはとりわけ重要である」と結論付けている。

筆者の経験では、症状が寛解しCBTが終了後に、再発のため再びCBTを受ける事例は、相対的にパニック障害やOCDが多い。反復性うつ病以外の再発についても、今後は治療・介入前のエピソードと、同盟や治療・介入の効果との関係性が明らかになることが望まれる。

c) 変わることに對する両値性 (ambivalence about change)

Hunter, Button & Westra (2014)は、「クライアントの変わることに對する両値性を検討することは、CBTにおいては結果に関連する中心的事柄である」と指摘している。そして、全般性不安障害へのCBTの早期の(1または2セッション)における患者の change talk (CT: 変わることに對する陳述) と counter-change talk (CCT: 変わることに對する抵抗を示す陳述) をコード化し分析した。そして、後にセラピストと同盟の決裂を経

験したクライアントと、そうでないクライアントの治療開始時のCTとCCTの出現頻度を比較したところ、後に同盟の決裂を経験したクライアントの方が有意に高いCCTを表出していたと報告した。

また、Lombardi, Button & Westra (2014)は、「クライアントが治療初期にどのように変化することについて語るかは、その後の治療の成功を予測する有力な予測因子である」と述べている。そして、全般性不安のCBTの治療結果と、クライアントの動機付けの言語 (client motivational language) の関連を検討した。その結果、治療初期において counter-change talk が多いことは、治療後の不安の高さを予測する因子であり、client motivational language は、治療初期における症状の深刻さや自己報告された動機付けよりも、より強く結果を予測する因子であったと報告した。

d) 治療抵抗性

CBTにおけるクライアントの治療抵抗性は、同盟の形成や効果に影響をもたらすと考えられる。その背景には、クライアントの対人関係に関する問題があることも想定される。Kohlenberg & Vandenbergh (2007)は、治療抵抗性があるOCDへのCBTに対して、“Therapist Assumes Responsibility (TAR)”という概念から、2つのOCDへの介入の事例研究を用いて、TARとセラピスト-クライアントの関係性について検討した。Kohlenberg et al. (2007)によれば、この概念は、「他者を信用することを学び、適度な不安定のレベルを受け入れること」を含んでいる。また、OCDへのCBT理論の中に対人関係の要因を加えることで、増大していく責任 (inflated responsibility) について説明し、いかにクライアント-セラピストの関係が、治療の中で活用できるのかを説明できると述べている。Kohlenberg et al. (2007)は、このCBTの中での対人関係より、OCDのクライアントが安心を求めること (reassurance seeking) ができるようになることを示唆している。

e) 自己評価

CBTの中断事例においてクライアントの自己評価や同盟などの関連を調べた研究として、Kegel

& Flückiger (2014)がある。Kegel et al. (2014)は、「早すぎる終了 (premature termination) を予測する上で治療のプロセスが果たす役割は、最近の研究では特に焦点付けられている」と述べている。Kegel et al. (2014)は、治療を完了した外来患者と中断した外来患者を対象に、自己報告により、セッション中に経験した自己評価 (self-esteem)、制御感 (mastery)、明確化 (clarification)、治療同盟を調べた。296人の複数の疾患を持つ患者が、制限期間が無く ($M=20.20$ セッション)、統合された形態の (integrative form) CBTを受けた。重回帰分析の結果、治療を中断した患者は完了した患者に比べて、自己評価、制御感、明確化、治療同盟の水準が低かったことが分かった。また、Kegel et al. (2014)は、治療過程を通じて経験する自己評価の変化は、心理療法の中断や、成功した終結を予測するための最も影響力のある予測因子であったことを報告した。さらに、平均的な治療の長さには達する前に中断した患者の場合、初回セッションにおいて既に明確化の経験をほとんどしておらず、治療同盟にも肯定的な発展が欠落していたことを報告した。これらの結果からKegel et al. (2014)は、患者が早期に治療を止める決断をする背景には、自己評価が低下し肯定的な同盟の発展の欠如が関係していることを示している。

f) 開放性 (openness)

Keijsers, Schaap & Hoogduin (2000)は、セラピストとクライアントの対人行動や特性がCBTに及ぼす影響について検討している。その結果、クライアントに関するクラスターとして、以下の3つが同定されたことを報告した。(a) クライアントから見てセラピストは自信を持っている (self-confident)、技術があり (skillful)、活発である (active)、(b) 自分の問題を議論することへの開放性 (openness)、(c) 変わろうとし、それを達成する手段としての心理療法を受け入れようとする治療前の傾向 (the patients' pretreatment predisposition)。クライアントの開放性や、変わろうとし心理療法を受け入れようとする特性は、性格検査を通じて把握することが可能であるため、あらかじめ、介入の効果を予測した上で、これらの変数の得点が低いクライアントに対して

は、CBTによる介入の方法と効果についての心理教育を十分行うことが有効であると考ええる。

g) 熟考 (contemplation)

Derisley & Reynolds (2000) は、“Transtheoretical Model”を提示し、クライアントが変化する時期 (stage) は、クライアントの治療に対する取り組み (engagement) を予測するという仮説の検討を行った。すなわち、事前の熟考得点 (precontemplation scores) が高いクライアントはセラピーを未成熟のまま終了し (prematurely terminate)、行動得点 (action scores) が高いクライアントは、より多くのセッションに参加し、より positive な治療同盟を確立するという仮説を検討した。Derisley et al. (2000) は、被験者内要因のデザインを用いて、症状が変化する時期をベースラインからの変化量から同定し、その時期が、参加したセッションの数、セラピーからの早すぎる脱落 (premature drop-out from therapy)、1 および 3 セッション後の治療同盟を予測するかどうかを検討した。60 人のクライアントは、治療前に“The Stages of Change Scales”と“The Brief Symptom Inventory”に回答し、治療同盟は、“The Agnew Relationship Measure”を用いて、1 および 3 セッション後に評定された。その結果、仮説は支持されず、セラピーからの早すぎる脱落は、クライアントの当初の症状の深刻さのレベルと、低い熟考により予測されたことが分かった。また、セッション1および3のポジティブな治療同盟は、ベースラインでの高い熟考から予測されたことが報告された。このことから、クライアントの事前の熟考が少ないほどセラピーからの早すぎる脱落が多く、熟考が多いほど、早期の治療同盟が強くなることが示された。この結果を、先述した Tsai et al. (2014) の期待と治療の完了に関する知見と併せて考察すると、事前のセラピーへの期待よりも熟考の方が、セラピーの完了にはより関連していることが推察される。

h) 学歴、治療の長さ、治療セッティング (treatment setting)

Sharf, Primavera & Diener (2010) は、メタ分析により、成人の個人心理療法における脱落と治療同盟を媒介する変数について調べた。その結果、

Sharf et al. (2010) は、心理療法の脱落と治療同盟との間には中程度の相関関係があり、探索的な分析から、同盟と脱落を媒介する変数として、クライアントの学歴、治療の長さ、治療セッティングがあったことを報告した。すなわち、学歴が高卒かそれ以上のクライアントの多くは、同盟と脱落との関連が低かった。また、治療期間が長いほど、同盟と脱落の関連が高かった。さらに、入院セッティング (inpatient settings) は、カウンセリング・センターや研究クリニック (research clinic) に比べて、より大きい効果が見られた。我が国においては、同盟と中断を媒介する変数についての検討がほとんど行われていないため、今後、クライアントの学歴や治療の長さ、治療形態を含む変数が、同盟と中断との関連をどのように媒介するかを明らかにする研究が必要となる。

Ⅲ. まとめと今後の課題

1. まとめ

本研究では、治療的な関係が CBT のプロセスと結果に及ぼす影響について検討した最近の欧米の実証的研究を、以下の観点から展望した。

1) 治療的関係が CBT のプロセスと結果に及ぼす影響の疾患や問題による違い。2) 治療的関係が CBT のプロセスと結果に及ぼす影響の発達段階 (特に、子ども、思春期、高齢期) による違い。3) CBT の治療的関係に関わるセラピストとクライアントの要因。

この領域の研究の歴史は浅いため、本研究で展望した研究成果を全て一般化することは難しいが、下記の項目については、今後の研究課題として議論されよう。

- a) 改善した結果と関連する治療的関係のレベルや、治療的関係と CBT の結果を媒介する変数は、疾患や問題のタイプ、発達段階によって異なる。
- b) 不安障害のある子どもとセラピストとの同盟がより強いことは、CBT の後のより改善する結果を予測し、子ども、観察者、セラピストの評定する同盟には相関関係がある。

- c) CBTの治療的関係に関連する変数は、クライアントについては、治療前の対人関係やエピソードの数、期待、解放性、熟考、自己評価などであり、他方、セラピストの変数は、専門性、adherence、Rogerian therapist variables などである。
- d) 早すぎるセラピーの終了に関連する変数は、クライアントの自己評価の低さ、セラピストとの低い同盟、低い熟考、当初の症状の深刻さなどである。
- e) 不安障害のクライアントは、変わることへのアンビバレンスを、初期のCBTセッションにおける motivational language として表現する可能性がある。

2. 今後の課題

現在、クライアントとセラピストの関係性に焦点を当てた CBT 研究や治療は、始まったばかりであるが、その重要性は強調されてきている。CBT 研究は、技法やプロトコルに注目が集まりやすく、CBT の技術的な成功が治療・介入の成功につながると捉えられやすい。今後は、我が国においても、CBT の成果や中断に関連するセラピストとクライアントの要因が詳細に検討される必要があろう。

また、筆者自身の CBT 実践から見えてきた課題として、CBT の終結と薬物療法の継続に関する問題がある。CBT は終結したが薬物療法が継続しているという場合、クライアントには CBT を終えたことによる自信や達成感と同時に、薬物療法を継続することへの不安感が同時に存在する。そのため、薬物療法が継続する期間は、CBT のフォロー・アップ期としてカウンセリングを定期的に行い、患者との治療的関係を維持・継続することが、再発の防止につながると考える。

さらに、Rollinson et al. (2007) が、clinical setting での CBT は research setting での CBT に比べて症状の査定や対処方略の作業が多く、再発防止やスキーマレベルの作業が少なかったと報告しているように、今日の我が国のクリニックにおける CBT 実践では、時間的な理由から個々の事例に合った介入方法の選定や再発防止のための計画的な

的な取り組みが行われにくい面がある。そのため、今後は、個々のケースに合った、査定を含む CBT 実践のシステム化、他職種との有機的な連携システムの構築など、より統合的な CBT 実践の環境整備が必要となるであろう。

引用文献

- Anderson, R.E., Spence, S.H., Donovan, C.L., March, S., Prosser, S., & Kenardy, J. 2012 Working alliance in online cognitive behavior therapy for anxiety disorders in youth: Comparison with clinic delivery and its role in predicting outcome. *Journal of medical Internet research*, **14** (3), e88.
- Andrusyna, T.P., Tang, T.Z., DeRubeis, R.J., & Luborsky, L. 2001 The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, **10**(3), 173-178.
- Ayers, C. R., Bratiotis, C., Saxena, S., & Wetherell, J.L. 2012 Therapist and patient perspectives on cognitive-behavioral therapy for older adults with hoarding disorder: A collective case study. *Ageing & mental Health*, **16**(7), 915-921.
- Bordin, E.S. 1979 The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **16**, 252-260.
- Brauhardt, A., de Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., Svaldi, J., Friederich, H.C., & Hilbert, A. 2014 Therapist adherence in individual cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder: Assessment, course, and predictors. *Behaviour research and therapy*, **61C**, 55-60.
- Cash, S.K., Hardy, G.E., Kellett, S., & Parry, G. 2014 Alliance ruptures and resolution during cognitive behaviour therapy with patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, **24**(2), 132-145.
- Chiu, A.W., McLeod, B.D., Har, K., & Wood, J. J. 2009 Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders.

- Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, **50**(6), 751-758.
- Constantino, M.J., Manber, R., Ong, J., Kuo, T.F., Huang, J.S., & Arnou, B.A. 2007 Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behavioral sleep medicine*, **5**(3), 210-228.
- Creed, T. A., & Kendall, P.C. 2005 Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **73**(3), 498-505.
- Dattilio, F.M., & Hanna, M.A. 2012 Collaboration in cognitive-behavioral therapy. *Journal of clinical psychology*, **68**(2), 146-158.
- Derisley, J., & Reynolds, S. 2000 The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *The British journal of clinical psychology*, **39** (Pt 4), 371-382.
- El Alaoui, S., Hedman, E., Ljótsson, B., Bergström, J., Andersson, E., Rück, C., Andersson, G., & Lindfors, N. 2013 Predictors and moderators of internet- and group-based cognitive behaviour therapy for panic disorder. *PLoS one* [electronic resource], **8**(11), e79024.
- Evans-Jones, C., Peters, E., & Barker, C. 2009 The therapeutic relationship in CBT for psychosis: Client, therapist and therapy factors. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, **37**(5), 527-540.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. 2012 How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, **59**(1), 101-107.
- Gold, S.H., Hilsenroth, M.J., Kuutmann, K., & Owen, J.J. 2014 Therapeutic Alliance in the Personal Therapy of Graduate Clinicians: Relationship to the Alliance and Outcomes of Their Patients. *Clinical psychology & psychotherapy*, [Epub ahead of print]
- Hayes, S.A., Hope, D.A., VanDyke, M.M., Heimberg, R.G. 2007 Working alliance for clients with social anxiety disorder: relationship with session helpfulness and within-session habituation. *Cognitive behaviour therapy*, **36**(1), 34-42.
- Heins, M.J., Knoop, H., & Bleijenberg, G. 2013 The role of the therapeutic relationship in cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome. *Behaviour research and therapy*, **51**(7), 368-376.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. 2013 Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, [Epub ahead of print]
- Hiltunen, A.J., Kocys, E., & Perrin-Wallqvist, R. 2013 Effectiveness of cognitive behavioral therapy: An evaluation of therapies provided by trainees at a university psychotherapy training center. *PsyCh Journal*, **2**(2), 101-112.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L.F., Cecero, J.J., & Liddle, H.A. 2006 Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, **74**(1), 121-129.
- Hornby, A. S. 2010 *Oxford Advanced Learner's Dictionary* (8th ed.), Oxford University Press.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. 1989 Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, **36**(2), 223-233.
- Howard, I, Turner, R., Olkin, R., & Mohr, D.C. 2006 Therapeutic alliance mediates the relationship between interpersonal problems and depression outcome in a cohort of multiple sclerosis patients. *Journal of Clinical Psychology*, **62**(9), 1197-1204.
- Hunter, J. A., Button, M.L., & Westra, H.A. 2014 Ambivalence and alliance ruptures in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, **43**(3), 201-208.
- Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.W. 2001 Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, **69**(5), 747-755.
- Huppert, J.D., Kivity, Y., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.W. 2014 Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia.

- Behaviour research and therapy*, **52**, 26-34.
- Jahoda, A., Selkirk, M., Trower, P., Pert, C., Stenfert Kroese, B., Dagnan, D., & Burford, B. 2009 The balance of power in therapeutic interactions with individuals who have intellectual disabilities. *The British journal of clinical psychology*, **48** (Pt 1), 63-77.
- Keeley, M.L., Geffken, G.R., Ricketts, E., McNamara, J.P., & Storch, E.A. 2011 The therapeutic alliance in the cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, **25** (7), 855-863.
- Kegel, A.F., Flückiger, C. 2014 Predicting Psychotherapy Dropouts: A Multilevel Approach. *Clinical psychology & psychotherapy*, **9**, [Epub ahead of print]
- Keijsers, G.P., Schaap, C.P., & Hoogduin, C.A. 2000 The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies. *Behavior modification*, **24** (2), 264-297.
- Kohlenberg, R.J., & Vandenbergh, L. 2007 Treatment-resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and psychotherapy*, **80** (Pt 3), 455-465.
- Kuyken, W., & Tsivrikos, D. 2009 Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, **78** (1), 42-48.
- Liber, J.M., McLeod, B.D., Van Widenfelt, B.M., Goedhart, A.W., van der Leeden, A.J., Utens, E.M., & Treffers, P.D. 2010 Examining the relation between the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior therapy*, **41** (2), 172-186.
- Loeb, K.L., Wilson, G.T., Labouvie, E., Pratt, E.M., Hayaki, J., Walsh, B.T., Agras, W.S., & Fairburn, C.G. 2005 Therapeutic alliance and treatment adherence in two interventions for bulimia nervosa: A study of process and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, **73** (6), 1097-1107.
- Lombardi, D.R., Button, M.L., & Westra, H.A. 2014 Measuring motivation: change talk and counter-change talk in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, **43** (1), 12-21.
- Markowitz, J.C., Lipsitz, J. & Milrod, B.L. 2014 Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depress Anxiety*, **31** (4), 316-25.
- McEvoy, P.M., Burgess, M.M., & Nathan, P. 2014 The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behaviour therapy. *Journal of affective disorders*, **157**, 25-32.
- Mörtberg, E. 2014 Working alliance in individual and group cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychiatry research*, **220** (1-2), 716-718.
- Nissen-Lie, H.A., Havik, O.E., Høglend, P.A., Rønnestad, M.H., & Monsen, J.T. 2014 Patient and therapist perspectives on alliance development: therapists' practice experiences as predictors. *Clinical psychology and psychotherapy*, [Epub ahead of print]
- Raykos, B.C., McEvoy, P.M., Erceg-Hurn, D., Byrne, S.M., Fursland, A. & Nathan, P. 2004 Therapeutic alliance in Enhanced Cognitive Behavioural Therapy for bulimia nervosa: Probably necessary but definitely insufficient. *Behaviour Research and Therapy*, **57**, 65-71.
- Rollinson, R., Haig, C., Warner, R., Garety, P., Kuipers, E., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Fowler, D. 2007 The application of cognitive-behavioral therapy for psychosis in clinical and research settings. *Psychiatric Services*, **58** (10), 1297-1302.
- Seligman, L.D., & Ollendick, T.H. 2011 Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, **20** (2), 217-238.
- Sharf, J., Primavera, L.H., & Diener, M.J. 2010 Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, **47** (4), 637-645.
- Simons, A.D., Padesky, C.A., Montemmarano, J., Lewis, C.C., Murakami, J., Lamb, K., DeVinney, S., Reid, M., Smith, D.A., & Beck, A.T. 2010 Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, **78** (5), 751-756.
- Tichenor, V., & Hill, C.E. 1989 A comparison of six

- measures of working alliance. *Psychotherapy*, 26(2), 195-199.
- Tsai, M., Ogradniczuk, J. S., Sochting, I., & Mirmiran, J. 2014 Forecasting success: Patients' expectations for improvement and their relations to baseline, process and outcome variables in group cognitive-behavioural therapy for depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(2), 97-107.
- Tracey, T.J. & Kokotovic, A.M. 1989 Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207-210.
- Waller, G., Evans, J., & Stringer, H. 2012 The therapeutic alliance in the early part of cognitive-behavioral therapy for the eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 45(1), 63-69.
- Weck, F., Rudari, V., Hilling, C., Hautzinger, M., Heidenreich, T., Schermelleh-Engel, K., & Stangier, U. 2013 Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance. *Psychiatry research*, 210(1), 140-145.
- Weiss, M., Kivity, Y., & Huppert, J.D. 2014 How does the therapeutic alliance develop throughout cognitive behavioral therapy for panic disorder? Saw-tooth patterns, sudden gains, and stabilization. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(3), 407-418.

(2014. 9. 24 受稿, 2014. 11. 5 受理)