

認知行動療法における転移と 逆転移に関する一考察

齋 藤 順 一

実践女子大学人間社会学部

紀 要 第18集 抜刷

2022年 3 月 31 日発行

認知行動療法における転移と 逆転移に関する一考察

齋藤 順一

実践女子大学人間社会学部非常勤講師

要約

本稿の目的は、臨床現場（特に保険医療分野）で CBT を使いこなすため、CBT における転移と逆転移の理解を深めることであった。そのために、まず CBT の治療関係や治療構造について整理し、CBT では協働的実証主義という治療関係や治療全体の構造化により、転移と逆転移を最小限に抑えることで、効率よく現在の問題に取り組むことができるように図られていることを確認した。しかしながら、パーソナリティ障害の傾向が強いクライアントの場合、転移と逆転移についての洞察に注意を払う必要があり、対人関係スキーマを検討することの意義が述べられた。最後に、対人関係スキーマを検討するため、スーパービジョンを活用することや、セラピストのマインドフルネスが重要であることが述べられた。

はじめに

認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy; CBT）¹とは、クライアントの抱える心理社会的な問題や精神医学的な問題に、主に認知と行動の両面からアプローチする体系的な心理療法である（伊藤，2008）。アメリカ心理学会の web ページ（<https://www.div12.org>）では、精神疾患ごとに実証的研究に基づく心理学的介入のリストが公開されているが、多くの疾患において CBT に基づく介入の有効性が示されている。これらのエビデンスに基づいて、我が国では、うつ病、パニック症、社交不安症、強迫症、心的外傷後ストレス障害、神経性過食症に対する CBT がそれぞれ保険収載されており（齋藤・富田・熊野，2020）、各疾患に対する CBT のマニュアルが作成されている。これらのマニュアルは、厚生労働省の web ページ（<https://www.mhlw.go.jp/index.html>）、国立精神・神経医療研究センターの web ページ（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/behavior/guidelines.html>）に公開されている。

さまざまな疾患に対して CBT は治療の選択肢の一つとして推奨されているが、我が国の CBT の実施率は低く、CBT を実施している医療機関を見つけることは利用者にとって容易ではないことが指摘されている（高橋・武川・奥村・鈴木，2018）。CBT の実施率が低い主な理由として、

「CBTを実施する時間がない」、「採算が合わない」、「CBTを実施できるスタッフがいない」などが挙げられている。この問題を解決するための方法として、コンピュータ・ベースやWebベースでCBTを提供することが考えられるが（齋藤, 2021）、CBTを実施できるスタッフを育成することも重要である。Ogawa et al. (2020) は、我が国の臨床心理士養成大学院（2年間）に在籍する研修生と英国のBABCP（British Association of Behavioral and Cognitive Psychotherapies）認定の大学院（1年間）に在籍する研修生を対象にCBTのコンピテンス（能力）を比較したところ、英国の研修生と比べて、我が国の研修生はCBTのコンピテンスを発揮できていないと感じていることを明らかにした。この結果には、文化的要因や方法論的な限界が含まれているが、我が国のCBTトレーニングが不十分であることを示唆している。

このような背景から、CBTに関する系統的なトレーニング・ガイドラインが整備されつつあるが（鈴木他, 2018）、臨床現場でCBTを使いこなすためには、伝統的な心理療法についての理解を深めることが役立つと考えられる。実際に、英国では、CBTに加えて少なくとも一つ以上のオリエンテーションの習得が義務づけられている（British Psychological Society, 2019）。例えば、病院臨床において、多くのクライエントは第Ⅰ軸の精神疾患と第Ⅱ軸のパーソナリティ障害（DSM-IV-TR, 1994）の中間に相当すると考えられるが、第Ⅱ軸のパーソナリティ障害の傾向が強い場合、治療関係を築くことが困難であり、CBTの治療構造に乗らないことがある。治療関係を扱う際に、精神分析の転移と逆転移は重要な概念である。転移とは、クライエントがセラピストにあたかも過去の重要な人物に対して抱いていたのと同様の気持ちや態度を無意識的に向けることであり、逆転移とは、セラピストの方でもセラピスト自身の克服できていない無意識的な葛藤がクライエントによって喚起され感情が動いてくることである（奥村・中野, 1986）。このような転移と逆転移の理解は、パーソナリティ障害の傾向が強いクライエントに対してCBTの構造化を図るのに役立つと考えられる。CBTは治療関係にそれほど注意を払わずとも効果を上げてきたが、それは第Ⅰ軸の精神疾患が主な対象の場合であり、第Ⅱ軸のパーソナリティ障害の傾向が強い場合、治療関係を扱うことは不可欠である（Moorey & Lavender, 2018）。

以上のことから、本稿では、臨床現場（特に保険医療分野）でCBTを使いこなすため、CBTにおける転移と逆転移の理解を深めていくことを目的とする。そのために、まずCBTの治療関係や治療構造について整理する。その後、対人関係スキーマという概念を取り上げ、架空事例を通じて、CBTにおける転移と逆転移について整理する。最後に、臨床場面でのセラピストの在るべき態度として、セラピストのマインドフルネスを取り上げる。

治療関係

セラピストとクライエントの治療関係については、精神分析の伝統の中で議論されており、多くは“治療同盟（therapeutic alliance）”あるいは、“作業同盟（working alliance）”という概念から検討されてきた。Bordin（1979）は、同盟（alliance）が、①セラピストとクライエントの治療目標に対する合意（goal）、②治療目標を達成するための課題への合意（task agreement）、③セ

ラピストとクライアントの間の個人的絆（personal bond）、という3つの要素によって構成されるとしており、この定義が広く受け入れられている。同盟は、臨床オリエンテーションの違いを超えて、治療を成功させるために非常に重要であると考えられている（Andrusyna, Tang, DeRubeis & Luborsky, 2001）。しかしながら、CBT と精神分析との間で同盟の性質は異なっており、その違いについて理解することが重要である。

CBT では、現在の問題を解決することが目的となるが、その目的を達成するために、クライアントは協働的な問題解決の過程に積極的に参加することが求められる（Hoffman et al., 2012）。これは、「協働的実証主義（collaborative empiricism）」として理論化されている。協働的実証主義では、クライアント自身が治療を行う主体であり、セラピストは協働で問題に取り組むチームメイトであると捉える（塚野, 2015）。具体的には、セラピストとクライアントが横並びの共働的關係を作りながら、問題にまつわるデータを収集し、そのデータに基づく仮説を立て、介入プランを計画する。セラピストとクライアントとの関係はビジネスライクに保たれるため、転移と逆転移についての洞察に注意を払う必要は少ない。思いやり、誠実さ、共感といった基本的なセラピストとしての態度と、治療関係の維持に対する注意があれば十分である。以下に、CBT における治療関係を示す（図1）。

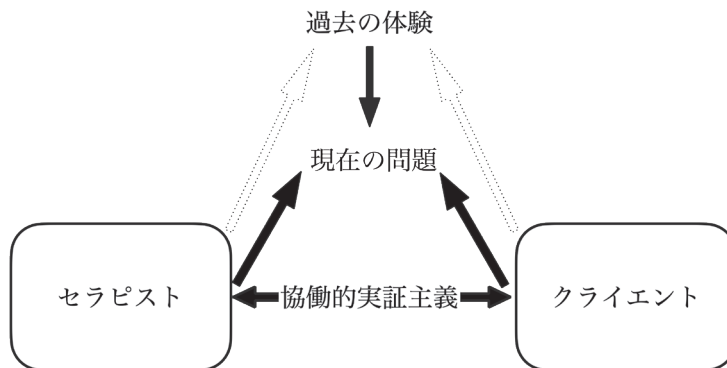


図1. 認知行動療法における治療関係（Moorey & Lavender, 2018 より引用）

一方、精神分析では、セラピストとクライアントとの間で働く転移と逆転移の認識と探求を通じ、クライアントは洞察を得て、思考、感覚、行動における新しい方法を発見していくことが目的となる（Moorey & Lavender, 2018）。作業同盟は、セラピストとクライアントの間における転移と逆転移を洞察するために活用される。CBT では治療関係を維持しようとするが、精神分析では治療関係が一時的に崩れることや逸脱を避けることはしない。むしろ、クライアントに転移を助長されることを許し、表現させることを促す。これは、CBT の協働的実証主義が現在の問題に焦点を当てることでビジネスライクな関係を作り、転移と逆転移を減少させようとするのとは対照的である。以下に、精神分析における治療関係を示す（図2）。

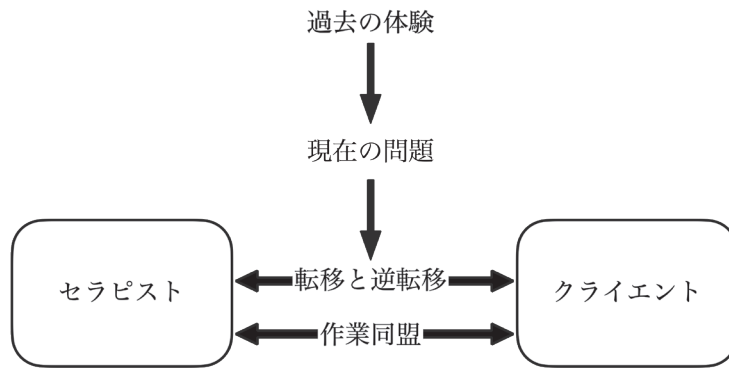


図2. 精神分析における治療関係（Moorey & Lavender, 2018 より引用）

治療構造

治療構造とは、セラピストとクライアントの交流を規定するさまざまな要因と条件が構造化されたものであり（鈴木・橋爪, 2014）、同盟を支えるための重要な概念である。精神分析家の小此木（1981）は、治療構造の機能を詳細に検討し、治療構造を外的な治療構造と内的な治療構造とに分類した（磯邊, 2004）。外的な治療構造には、空間的構造（面接室の広さや造作、セラピストとクライアントの座り方、セラピストとクライアントの数など）、時間的構造（期限を決定するかどうか、開始時間、面接時間、頻度）などが含まれる。一方、内的な構造には、面接のルール、目的の明確化、セラピストの存在などが含まれる。

CBT では、外的な構造化よりも、内的な構造化について論じられることが多いが、セラピストが主導して面接の流れを方向づけ焦点化することは、治療上欠かせないものとされる（Beck et al., 1979）。CBT において、各セッションの構造は、いくつかのバリエーションはあるものの、概ね以下の通りである。①問題・症状のチェック、②アジェンダの設定、③セッション間の橋渡し（前回以降の情報の聞き取り）④ホームワークの確認、⑤アジェンダに沿った問題の検討（治療ツールの設定と活用）、⑥ホームワークの設定、⑦クライアントからのフィードバック、という手順で進められる（田中, 2021）。これは、治療全体にも共通するものであり、治療の開始から終結までの各段階において、何に焦点を当てて治療が進められるのか明示されている。つまり、CBT では各セッションの進め方が構造化されているとともに、治療全体が構造化されている。

上述の通り、CBT ではセッション内を含む治療全体の構造化を重視しているが、構造化により何をするのかを明示することの意義が述べられている。例えば、構造化がうつ病のクライアントに安心を与え、集中力の低下している者にも援助的に働くことや（Beck et al., 1979）、不安の高いクライアントには、焦点づけられた面接とセラピストの指示的な態度が不確かさを扱う際に有益であることや（Beck et al., 2005）、治療計画が明示されるため、クライアントに改善への希望がもたられる（Padesky, 1996）ことが示唆されている。また、治療全体を構造化することで、クライエ

ントを精神的に支えるとともに学習を促進することができる (Beck et al., 2005)。対象となる疾患や問題ごとにマニュアルが作成され、マニュアルに準じて治療を実施することで、「治療効果の均一化」が図られる。

一方、精神分析では、外的な構造（例えば、開始時間、面接時間、頻度など）は厳密に構造化されるが、セッションの中身は無構造である。セッション内を構造化するのではなく、「頭に思い浮かんだことを全て話してください」という指示がなされ、クライアントには自由連想が求められる。このような治療構造は、クライアントに「余計なこと」を語らせる機能があり、転移と逆転移を引き起こしやすい。また、セラピストの存在を、治療結果を左右する一つの重要な変数とみなしており、如何にセラピストが良く機能するかについて言及されることが多い。これはセラピストを内的な構造の一部、いわば治療における「道具」とする考えである（山崎, 2021）。CBT の構造化は、現在の問題に取り組むための「効率化」を目的としているが、精神分析の構造化は、転移と逆転を洞察するための「クライアント理解」を目的にしているという点が大きく異なっている。

対人関係スキーマ

これまで見てきたように、CBT では協働的実証主義という治療関係や治療全体の構造化により、転移と逆転移を最小限に抑えることで、効率よく現在の問題に取り組むことができるように図られている。しかしながら、パーソナリティ障害の傾向が強いクライアントの場合、依然として転移と逆転移の問題が発生しやすく、これが現在の問題に取り組むことを難しくする。これらのケースでは、転移と逆転移についての洞察に注意を払う必要がある。

CBT において転移と逆転移を理解するため、対人関係スキーマという概念が注目されている。対人関係スキーマとは、対人関係に関する情報を解釈および評価するための構造であり、自己、他者、およびその両者の関係に関する情報が含まれる (Moorey & Lavender, 2018)。これは、例えば、「私は無能で悪い人間なので、他人は批判的で、私を拒絶し、要求がましい」というように、自己-他者関係に関する信念を示すものである。そして、セラピストとクライアントの関係が既存の信念に従って解釈されているときに、転移と逆転移が起こるものとされる。クライアントの治療の妨げになる行動は、対人関係スキーマの活性化と (Safran et al, 1990)、セラピストとクライアントの対人関係スキーマの相互作用の結果として生じる治療上の問題 (Leahy, 2003)、という観点から理解できる。以下に、対人関係スキーマを取り入れた CBT における治療関係を示す (図 3)。図 3 では、CBT の協働的実証主義を前提にしながら、転移と逆転移への洞察を深めるため、対人関係スキーマという概念を組み込んでいる。パーソナリティ障害の傾向が強い場合、このような治療関係が必要になる。具体的に対人関係スキーマを検討するため、著者自身の臨床やスーパービジョンの経験に基づく架空事例を挙げて考えてみたい。以下、事例の概要である。

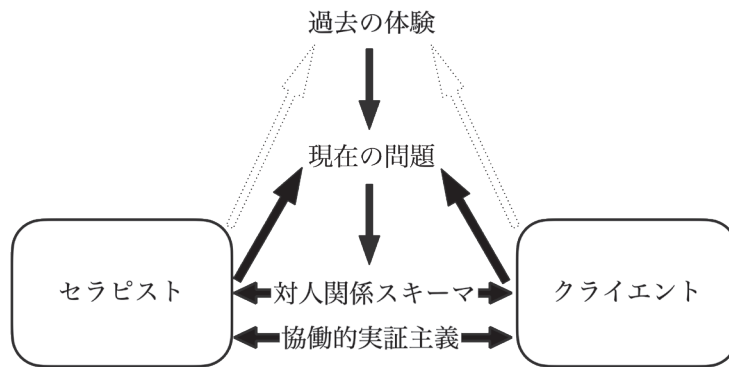


図3. 対人関係スキーマを取り入れた CBT における治療関係
(Moorey & Lavender, 2018 より引用)

<架空事例>

セラピスト：20 代後半の男性、心療内科クリニックに勤務している。

クライアント：30 代前半の女性、細身の体型で、手入れが行き届いた服装をしている。

主訴：嫌なことばかりを考えて、眠れない。

医学的診断：適応障害

来談までの経緯：小学生から中学生にかけて、仲良くなった同級生からいじめの標的にされることが繰り返され、親に相談をしても話を聞いてもらえないことが多かった。大学卒業後に大手企業に就職し、最近、大きなプロジェクトのチームリーダーを任されることになった。これまでの頑張りが認められたと思い、前向きに取り組もうと思っていたが、結局は男性のサブリーダーの指示に従わないといけなかったことが多かった。「自分が女だから建前上リーダーにされただけなのか、バカにされている」との考えが生じるようになった。同時期に、交際相手との破局も経験し、「誰も信頼できない」と繰り返し考えるようになり、気分の落ち込み、睡眠困難、過換起発作、職場で泣き出すなどの問題が生じるようになった。産業医面談を経て、休職に至った。休職期間中に、通院先の心療内科クリニックで CBT を主治医に勧められ、開始となった。

これまでの経過：数回のセッションを経て、生活リズムの乱れや、他者（上司や母、主治医）との関わりの後に「自分は頑張っているのに、誰も認めてくれない」などと、繰り返し考えて、落ち込んでいることを共有した。セラピストは、現在の生活リズムを立て直していくことと、認知再構成法²に取り組んでいくことを提案し、課題としてコラム表に記録してもらうようお願いした。クライアントはコラム表に取り組んでいるが、セラピストが説明した通りの書き方ではなく、周囲の人たちが自分を理解してくれないことへの不満を書き連ねていた。そして、セッション内では、その内容についてクライアントが一方向的に話し続けるということが続いていた。以下は、そのやりとりの一部分である。なお、Th はセラピスト、Cl はクライアントの略称であり、() は心の動きを記載している。

Th：課題のコラム表に取り組んでみてどうでしたか？

Cl：はい、一応取り組んでみましたが…。

Th：（コラム表には、周囲の人たちが自分を理解してくれないことへの不満が書かれている。書き方は、説明した通りではないが、やってきたこと自体を評価したい）取り組んでいただき、ありがとうございます。これで大丈夫ですよ。

Cl：先週のことです。休職してから、1ヶ月に1回上司に近況報告をすることになっているのですが、いつもはサラッとした内容なのに今回は文末に「ご快復を祈っています」と書かれていたから、職場でどう思われているのだろう、何か裏でもあるのかな、と勘繰ってしまいました。

Th：裏があると思ったのですね。

Cl：はい。まあ、一般的に休職中の人に対して「ご快復を祈っています」という声かけくらいはするかもしれませんが、なんか嫌味を言われている感じがして…。「あなたのためを想っている」とか、昔から全然信頼できないです。本当に私のことを想っているのなら、もっと態度で示してよ、言葉だけなら誰でもなんとでも言える、と思います。（口調が荒くなる）

Th：そう思われるのですね…。それでは、状況は「上司からのメールの文末で、『ご快復を祈っています』と書かれていた」ということですね。状況の欄に、「不信に思った」と書いていますが、これは、状況ではなく考えに当てはまるでしょうか？

Cl：はあ。（釈然としない表情）…。

Th：（今まで一方的に話していたクライアントが、話し出さないので戸惑いを覚える）どうですかね…？

Cl：結局、みんな口ばかりいいこと言うけど、本当に私のことわかってくれているとは思えないし、なんで私ばかり抱え込まないといけないのだろう、と思います。この上司も、本当に私のことを思ってくれているのなら、私が休職する前に、何か気にかけてくれているはずなのに、私の休職が決定した後に「そんなにつらかったことに気づいていなかった」と言われて。やっぱり誰も私のことを気にかけていないんだなと思いました。

Th：（話が脱線していることに対して焦りを覚える）上司に気にかけてもらえなくて、おつらいのですね…。

Cl：つらいというより、人はみんな表面的だな、それこそ不信感ですね。（鼻で笑う）

Th：そこでも不信感を覚えたのですね。…では、コラム表に書いてあることに戻りますと、そのときに、どのような考えが浮かんだのでしょうか？

Cl：結局、早く元気になれるということなのかなって。プレッシャーですね。休んでいる私が悪いのか？みんなして、私に早く良くなれと言ってきているような気分です。こんなに辛い状況だけど、なんで会社に気を遣って早く良くならないといけないのかなって思うと、やるせない気持ちになります。

Th：早く良くならないといけないと言われている気がする…

Cl：はい。そもそも昔から…（セラピー終了時刻まで、クライアントが話し続ける）

対人関係スキーマを検討するため、「対人関係スキーマ・ワークシート (Moorey, 2013)」が開発されている。このワークシートは、クライアントの行動およびその行動に反応したセラピストの考えや感情を記入していくものである。ワークシート (図4) を完成させることで、セラピストは、コラム表の内容について、状況 (客観的な事実) と考え (主観的な捉え方) に整理しようとすると、クライアントが釈然としない表情で黙り込むことや、挑発的な言動が見られることを確認した。このようなクライアントの態度や言動の背後には、「人は私を不当に責める」「人を信頼できない」という対人関係スキーマが潜んでいることを理解した。クライアントは受容的に話を聞いてもらう経験が乏しく、いじめなどの過酷な体験を通じて、このような対人関係スキーマが形成されたのかもしれないと考えた。そして、セラピストは、自分がクライアントの態度や言動に反応していることに気づいた。セラピストは、「不快に思われたり、無能だと思われると、人に受け入れてもらえなくなる」という対人関係スキーマがあり、クライアントの態度や言動に反応して、「間違いを指摘すると、クライアントを不快にさせてしまう」という思考や感情が生じていた。このような思考や感情のため、クライアントにコラム表の内容を整理することの意味を伝えることができず、受け身的に話を聞き続けていた。これらのことを踏まえて、セラピストはクライアントと協働して、セッション中に生じている対人関係スキーマの相互作用を明らかにし、課題について改めて話し合う必要があると考えた。

上記の架空事例のように、クライアントのみならず、セラピストの対人関係スキーマについての理解を深めることも重要であるが、自分一人では難しいので、スーパーバイザーの指導の下で検討することが望ましい。Haarhoff (2006) は、CBT のセラピストの最も一般的な対人関係スキーマは、厳しい要求基準 (私は自分が受け持つ全てのクライアントを治療しなければならない)、特別な優れた人間であろうとする (クライアントは私が彼らのためにしている全てのことに感謝すべきだ)、および過度の自己犠牲 (私はクライアントのニーズを満たすべきだ) であることを明らかにした。しかしながら、海外での研究であるため、文化的要因などを考慮すると、我が国では異なる結果になるかもしれない。

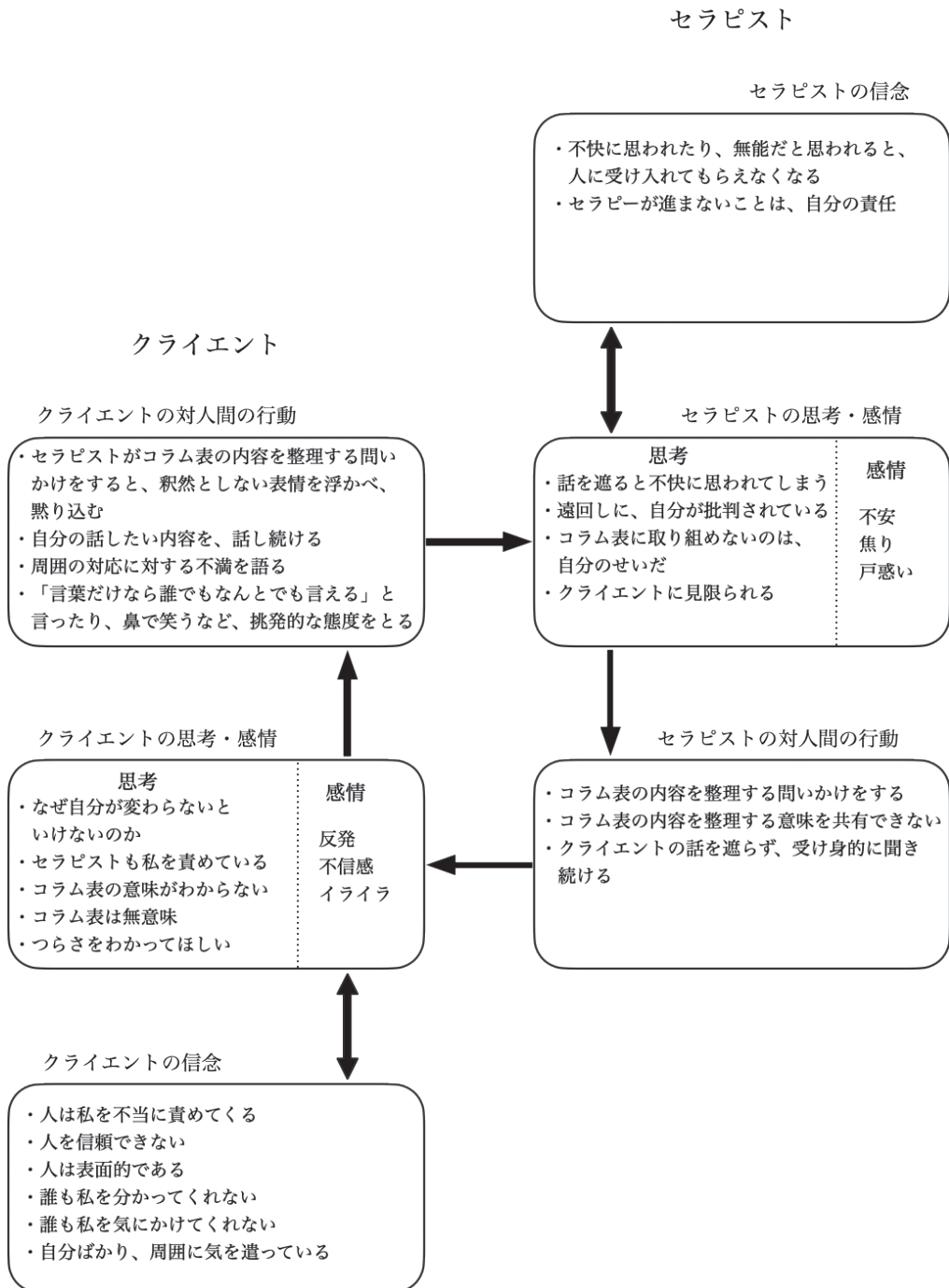


図 4. 架空事例における対人関係スキーマの相互作用

マインドフルネス

セラピストが、セッションの中で、どのようなことを考え、感じているのかを記述できなければ、セラピストとクライアントの対人関係スキーマの相互作用を検討することは難しいだろう。そこで、臨床場面でのセラピストの在るべき態度として、マインドフルネスを取り上げたい。

マインドフルネスとは、「意図的に、現在の瞬間に、そして瞬間瞬間に展開する体験に判断せずに注意を払うことで現れる気づき」と定義されている（Kabat-Zinn, 2003）。Prasko et al. (2010) は、CBTにおける転移と逆転移に関する文献をレビューしており、「クライアントに対して生じた否定的または肯定的な反応に注意を払う」ことを勧めている。これは、セラピストがマインドフルネスに徹することだと言える。このようなセラピストの姿勢は、「平等に漂う注意」という言葉で、古くから精神分析の中で論じられてきたが（鈴木, 2018）、近年 CBT の中でも重視されるようになってきている。例えば、新世代の CBT の一つであるアクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）では、マインドフルネスが重視されており、セラピーで展開するクライアントの態度や言動に対して、セラピストが敏感になることの必要性が述べられている（Hayes et al., 2011）。

これまでのマインドフルネス研究では、主にクライアントのマインドフルネスを涵養し、症状の改善を促すことに焦点が当てられてきた（Ryan et al., 2012）。そのため、セラピストのマインドフルネスに関する研究は限られているが、セラピストのマインドフルネスが良好な治療関係を築くことに関係していることが示唆されている（Bruce et al., 2010）。今後は、セラピストのマインドフルネスと対人関係スキーマの関連についての研究が必要である。

おわりに

本稿の目的は、臨床現場（特に保険医療分野）で CBT を使いこなすため、CBT における転移と逆転移の理解を深めていくことであった。具体的には、CBT では協働的実証主義という治療関係や治療全体の構造化により、転移と逆転移を最小限に抑えることで、効率よく現在の問題に取り組むことができるように図られていることを確認した。しかしながら、パーソナリティ障害の傾向が強いクライアントの場合、転移と逆転移についての洞察に注意を払う必要があり、対人関係スキーマを検討することの意義を述べた。最後に、対人関係スキーマを検討するため、スーパービジョンを活用することや、セラピストのマインドフルネスが重要であることを述べた。

冒頭に述べた通り、保険医療分野において CBT は保健収載されている。現時点では、診療報酬を算定するためには、原則として医師がマニュアルに準じて治療を行うことが必須であるが、今後は公認心理師が治療を担当できるようになることが期待されている。CBT のマニュアル（技法を含む）について熟知することは当然であるが、心理療法が人と人とのコミュニケーションによって成立するものである以上、「クライアント理解」の姿勢は不可欠である。

謝辞

本稿の執筆に際し、ご助言をいただきました心の杜・新宿クリニックの佐々木彩先生に御礼申し上げます。

注

- 1 本稿において、認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) という用語は、Beck et al. (1979) の認知療法を基本的な枠組みとして発展し、いわゆる第2世代の認知行動療法と呼ばれるものを指しており、認知療法と区別せずに用いている。
- 2 認知再構成法は、否定的な考えを肯定的な考えに変えるものであると誤解されがちであるが、より柔軟性のある思考パターンを習得することが目的である。認知再構成法を行う際、コラム表を用いることが多い。コラム表では、否定的な出来事について、状況、気分、考え、などに分けて記載することで、状況 (客観的な事実) と考え (主観的な捉え方)、気分を整理していく。

引用文献

- 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, 173-178.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text rev., DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (アメリカ精神医学会 高橋 三郎・大野 裕・染矢 俊幸 (訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版 医学書院)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- British Psychological Society 2019 Standards for the accreditation of doctoral programmes in clinical psychology. Retrieved from <https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Accreditation/Clinical%20Accreditation%20Handbook%202019.pdf> (January 9, 2022)
- Bruce, N. G., Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist

- mindfulness and the psychotherapist process. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, and Training*, 47, 83-97.
- Haarhoff, B. A. (2006). The importance of identifying and understanding therapist schema in cognitive therapy training and supervision. *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 126-131.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440.
- 磯邊 聡 (2004). 「治療構造論」と学校臨床 千葉大学教育学部研究紀要, 52, 141-147.
- 伊藤 絵美 (2008). 事例で学ぶ認知行動療法 誠信書房
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Leahy, R. L. (2003). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Moorey, S. (2013). The interpersonal cycle worksheet. Cognitive Connections. Retrieved from <https://cognitiveconnections.co.uk> (January 9, 2022)
- Moorey, S., & Lavender, A. (Eds.). (2018). *The therapeutic relationship in cognitive behavioural therapy*. London: Sage.
- Ogawa, Y., Kishita, N., Laidlaw, K., Mullan, E., Ono, H., Yanai, Y., ...Suzuki, S. (2020). Cognitive behavioural therapy competence of Japanese trainees: A comparison with UK trainees. 認知行動療法研究, 46, 155-165.
- 小此木 啓吾 (1981). 精神療法の構造と過程 小此木 啓吾・岩崎 徹也・橋本 雅雄・皆川 邦直 (著). 精神分析セミナー I (pp.1-83) 岩崎学術出版社
- 奥村 満佐子・中野 良平 (1986). 精神分析療法における転移・逆転移の問題 神戸大学医療技術短期大学部紀要, 2, 105-112.
- Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*, (pp. 266-292). New York: Guilford Press.
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., ... & Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*, 154, 189-197.
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22, 289-297.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

- 齋藤 順一 (2021). うつ病に対するスマートフォンを用いた認知行動療法の展望 実践女子大学人間社会学部紀要, 17, 39-47.
- 齋藤 順一・富田 望・熊野 宏昭 (2020). 保健医療分野への認知行動療法の適用と課題——うつ病・不安症 / 不安関連障害・摂食障害について—— 認知行動療法研究, 46, 67-77.
- 鈴木 菜実子・橋爪 龍太郎 (2014). 教育と臨床のあいだ——治療構造論から見た大学附属臨床相談室におけるマネージメント—— 文京学院大学人間学部研究紀要, 15, 151-162.
- 鈴木 伸一・小関 俊祐・伊藤 大輔・小野 はるか・木下 奈緒子・小川 祐子・柳井 優子 (2018). 英国の CBT トレーニングにおける基本構成要素と教育方法——日本における CBT トレーニング・ガイドライン策定に向けた取り組み—— 認知行動療法研究, 44, 93-100.
- 高橋 史・武川 清香・奥村 泰之・鈴木 伸一 (2018). 日本の精神科診療所における認知行動療法の提供体制に関する実態調査 信州大学大学院教育学研究科行動臨床心理学研究室（高橋 史 研究室）Retrieved from http://www.ftakalab.jp/wordpress/wp-content/uploads/2011/08/japancbtclinic_report.pdf/ (2022 年 1 月 9 日)
- 田中 恒彦 (2021). 「構造」しかない認知行動療法——認知行動療法における面接構造私（試）論—— 臨床心理学, 21, 278-282.
- 塚野 弘明 (2015). 認知行動療法の理論と基本モデル 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, 14, 451-459.
- 山崎 孝明 (2021). 治療構造論を更新する——認識論から主体化へ—— 臨床心理学, 21, 266-272.

