行動療法における治療関係：転移をめぐる諸問題

武　田　　建

1．はじめに

測定可能な客観的データを重視する行動療法においては、人間行動に関する具体的な行動分析、治療目標の設定、それを達成する方法としての治療技法の選択といった一連の作業がその治療の骨子とされてきた（Wolpe, 1973; Tarner and Parrino, 1975; Craighead, Kazdin and Mahoney, 1976）。

その理由の一つには、H. J. Eysenck をはじめとする先駆者たちが、精神分析に対する強い反対の態度を示したこともあろう。そのため、精神分析の治療で重視される転移という概念やそれを用いての技法を否定してきたこととも大いに関係している。また、B.F. Skinner が客観的に測定可能でないものや媒介変数的なものをブラックボックスに入れて処理しているようなものだと非難したことも、大きな影響を与えている。

また、19世紀より続く伝統と、精神医学、心理学、社会福祉をはじめ多くの領域で確固たる地位をもった精神分析に比べると、行動療法はあまりにも若く、またその支持者も少なく、行動アプローチのユニークさを強調することにより、その理論と方法の独自性を築くことにきゅうきゅうとしており、他の治療法との類似性とそこに起こる諸問題に目を向ける余裕など全くなかったというのが実状であろう。ただ、Wolpe（1969, 1973, Wople and Lazarus, 1966）らは、早くから行動療法においても治療者と患者がよい人間関係を結ぶと、それが治療効果を高めることを指摘していた。

また、Morris（1974）や Morris and Suckerman（1974）は Wolpe の Fear Survey Schedule を用いて、175名の大学生のなかからヘビに対して同じ程度のしかも非常に強い恐怖を感じている23名の学生を選び出し３つのグループに

分け、テープに吹き込んだ20分のリラクセーションと20分の系統的脱感作法を合計6セッションをおこなった。3つのグループとは、暖かい声のテープで治療をうけた組、冷たい声のテープで治療をうけた組、プラシボの組であった。この結果ヘビに対する恐怖得点の平均値は、暖かい声で系統的脱感作を受けたグループが、冷たい声で系統的脱感作をうけたグループよりも、はるかに改善されていた。また、プラシボのグループは全く改善されていなかった。Morris と Suckerman はこの調査の結果、治療者の声の質によって操作定義づけられた「暖かさ」が肯定的な治療効果をもたらしているばかりでなく、治療後のフォローアップを通して治療者とより良い人間関係を保つのにも役だっていることを発見している。

わが国でも、山上（1984）は、行動療法における治療者と患者の関係が治療効果にどうかかわっているかを知るために、広場恐怖症の患者に時期を違えて、治療者が異なった役割行動をとって治療をおこなった。その結果、(1)治療者の役割行動のとり方のちがいによって、患者の対治療者行動が変わった。したがって、治療者と患者の人間関係も変わってきた。(2)治療者の役割行動のとり方のちがいによって、治療効果が異なった。それは、(i)治療者と患者の関係で患者に不満が少ない時期の方が、そうでない時期よりも治療効果が高かった。(ii)ただ、不満足な治療関係の時期にも治療効果は見られた。(3)治療者との人間関係について患者が不満を抱いているときには、治療者がその治療的役割を果たすことが不十分であることが推測された。以上の結果、行動療法における治療者と患者の人間関係は、治療技法のなかで必要な治療者の役割行動を進めて行くのに密接に関連していると考えられると結論している。

筆者は行動療法の一方の旗頭である J. Wolpe 博士の治療面接をサーキットビデオを通して継続的に観察する機会（武田、1975）があった。そのとき一緒に見ていた米国の精神科医たちが、私に患者が治療者に対して転移を起こしつつあるとささやいたのを思い出す。

確かに Wolpe（1966, 1969, 1973）はその著作のなかで、治療者と患者の間の人間関係の重要性を強調しているが、彼がこの一連の治療面接のなかで患者

に意識的に転移という形の治療関係を作り出そうとしていたのか、また転移が起こってきたという意識を持ったかを、きわめてぶしつけにも彼に直接尋ねてみた。これに対し、彼は自分の行動療法の理論のなかに転移という概念はないし、またそうしたものを意図的に作り出して使おうということは考えていないと答えた。しかし、彼の患者に対するおだやかで暖かい接し方、たえず口もとにうかぶ微笑、患者が語る内容と表現する感情にふさわしい対応として彼が見せる顔の表情というものは、精神分析でいう肯定的転移を生み出す条件と余りにもよく似ていると思わざるをえなかった。

精神分析的な心理療法とちがい、行動療法の治療者は患者に積極的に語りかけ、自己の感情や意見を率直に表明し、助言を与え、多くの情報を提供し、患者に電話をかけ、患者を自宅や病室に訪問し観察をしたり面接をおこなっている。こうしたことは、伝統的な心理療法とりわけ精神分析では、不必要な感情を両当事者に起こさせる危険があるとして禁止されているところである。こうしたことを考えると、行動療法では、治療者が意識することなしに、転移に似た人間関係を作りだしていると考えても不思議ではないであろう。

2．転移についての考え方

S. Freud (1912) をはじめ、多くの精神分析学者たちは転移をきわめて重要視し、転移を治療に不可欠なものと考えるひとも少なくない。転移とは、患者が治療者に対して感じたり表現した感情をさすもので、治療者に対する意識的な反応から無意識的な幼少時の経験の投射までを含むものである。

精神分析学的な考え方によれば、われわれは成長の途中で、成熟と両立しないような態度を抑圧によって処理している。しかし、抑圧には非常に多くのエネルギィーを動員しなくてはならない。このため、われわれの持っている現実的な感情や欲求を少しずつ修正し、変形し、新しいより合理的な形で利用してゆくことが理想である。ただ、どんなに理想的な適応状態にある人でも、幼少時の感情を多量に抑圧し、無意識のなかにそのまま保存しているのが普通である。したがって、意識される内容とは、自我にとって安全なものだけが表面に

でてきているにすぎない。

抑圧は超自我という形を通して親が子どもの言語や思考を否定し拒絶したことから起こるのである。これに対して、治療者は暖かい態度で患者に接し、自由連想や夢の聞き取りは極めて受容的な雰囲気のなかでおこなわれる。

この結果、今までに意識的に抑制されていたり、無意識的に抑圧されていた感情が自由にしかも退行現象をともなって表現されるようになる。治療者は当然この退行的かつ依存的な感情の対象となる。この他人に頼らなくてはやってゆけないという状態は、患者に劣等感を与え、それが極端にすすむと、自我は自分をごまかすために、逆に治療者に対して攻撃的にでるといった反動形成的な傾向を示すことさえある。このために治療者を無能力よばわりしたり、個人的に攻撃して怒らせようとする。また患者が自らのそうした攻撃的な態度に罪の意識を感ずると、その敵意を自分自身に向けて、治療を一種の拷問と感じたり、極度にゆううつになったりする。このように、治療者に対してくりかえされる反応をS. Freudは転移神経症と名づけ、その解消こそ精神分析の本質であると考えた。S. Freudの考えでは、転移神経症はその患者の持つ徴候としての神経症ほど強いものではなく、治療者との間にのみあらわれる退行的な反応で、現実的客観的な患者対治療者の関係とは相当異なるものである。そして、現実の関係ではないからこそ、治療者は患者の空想の世界で、父母、兄弟姉妹、配偶者、恋人などとなれるのである（Freud, 1912）。

Menninger（1959）は「私は（主語）＿＿＿＿＿治療者から（間接目的）＿＿＿＿＿治癒を（目的語）＿＿＿＿＿期待する（動詞）」という患者と治療者の関係を基本的な形と考えている。そして、このなかで退行（置き換え）が転移だと述べている（狩野、1982）。

転移の現象は、その深さこそちがえ、各種の形で治療関係にあらわれる。例えば、両親に対して、幼少時に感じた愛情、憎しみ、アンビバレンツ、依存といったもろもろの感情を治療者に感ずることもまれではない。精神分析においては、患者が治療者との間に転移関係を作りだすことにより、自分の心理的な問題や葛藤、あるいは過去に経験した神経症的な人間関係を再現することが、

主　　語	間接目的語	目　的　語	動　　詞
＜私　は＞	＜治療者から＞	＜治　癒　を＞	＜期待する＞
○母に泣き言を言っている幼児的な私	母 父 兄弟 友人 知人 ⋮	○愛情（称賛，受容，同情，いっそうの強さ，美しさ，仕事，夫，赤ん坊…）を。	治療者をやっつけたい 治療者と論争したい 治療者を怒らせたい 治療者に叱られたい 治療者に罰を与えて貰いたい 治療者にはずかしめて欲しい ⋮
○父に文句を言っている8歳の私		○私を愛してくれること（私に話しかけてくれること，私をはげましてくれること，私をなぐさめてくれること，私を抱擁してくれること，私を性的に満足させてくれること）を。	
○教師に反発している中学生の私			
○異性を求める20歳の私			
○妻に依存している30歳の私			
○治療者に文句を言っている35歳の私			
⋮		⋮	

（狩野，1982．p．56より）

治療上極めて重要であると考えられている。したがって、治療者にとって、転移はやっかいな問題であるどころか、治療の効果をあげるためには不可欠な現象なのである。

これに対して、C.R. Rogers（1951）は、転移は患者が自分のことを治療者が自分以上に理解してくれると思った時に生まれる気持ちであり、患者が転移をどのように受けとるかは、それが愛情であれ憎しみであれ、それをどの程度脅威として感ずるかによって決められると主張した。そして、来談者中心療法においては、依存的な転移関係が助長されることはありえない。多くの患者が来談者中心療法で治療を受けたが、そのなかでS. Freudが定義するような転移

関係をしめした者はごく少数であったと述べている。

このように、転移については、これを治療上不可欠とする正統的な精神分析学的な立場と、転移は患者にとって脅威であると否定するRogersの立場を両極端として、多くの立場や考え方が存在する。しかし、いずれにせよ、面接がくりかえされ、患者が受容的な雰囲気におかれ、治療関係が結ばれた場合、程度の差こそあれ、依存、愛情、不満といった感情が治療関係のなかにあらわれてくるのではないだろうか。転移神経症のような形をとらなくても、患者は治療者の力を借りて、それを自分の支えとしているのである。こうした意味で、転移は患者を支えるうえで重要な治療関係の形であるといえる。

行動療法も来談者中心療法も、その理論的根拠は別として、転移を否定しようとしている。しかし、転移は必ずしも危険なものではない。また転移を抹殺することは、患者から過去を全くとりさる以外に方法はないであろう。治療関係は、患者にとって全く新しい経験かもしれない。しかし、治療者の姿や言葉に接するとき、どんなに治療者が努力しても、患者になんらかの第一印象を与えるものである。この第一印象は、患者の過去の経験と無関係ではありえず、多少とも投射の要素を含んでいる。患者が投射せずに、治療者をあるがままに見つめるということは、治療が相当にすすみ、転移が解消されてから初めて可能になることではないだろうか。

行動理論の枠組のなかでは、治療関係の中で起こる患者の治療者に対する強い情動反応を転移という言葉を使って取り上げた文献はほとんどない。筆者が調べたかぎりではDallard and Miller（1950）の古典的な著作が唯一のものであろう。彼らは、転移を当然のことながら幼少時あるいは日常生活で経験した感情の治療場面への般化としてとらえている。そして、転移は恐れ、憎悪、懇願といった患者自身が気づいていない情報を治療者に提供してくれる重要な役割を演じていると主張している。しかし、その考え方は、あくまでtransfer of learningからきている。

したがって、「般化は自動的であり、良い習慣、悪い習慣、援助的習慣、妨害的習慣など全てが転移される。そして、般化の一次的機制と、反応によって媒

介された機制は、治療者に反応が転移されると、これらの消去抵抗は治療的場面の諸条件に依存する。ただ、般化された反応と同じく、転移された反応も、治療者にむけられたときの方が、オリジナルな対象（例えば、父母、兄弟姉妹、配偶者、恋人など）に対するよりも弱い。したがって、患者は治療中に依存性や無力さを示しても、それは最初に学習されたときほど強いものではないと考えられる。このため、治療の過程のなかでは依存的傾向から独立へと変化さすことが可能になる」(Dollard and Miller, 1950)。

般化ということは、日常生活におけるさまざまな反応が治療の場に transfer されるというだけではなく、治療の場で学ばれた適応行動が日常の場にも般化されることを示している。ただ、この点はあくまで理論的な説明であり、どのくらい現実に行われるかが行動療法の現在と今後の課題であろう。

Dallard and Miller (1950) は、患者が治療者を喜ばせるという傾向にも触れ、それは治療的に有効と考えている。この考え方が、治療としての精神分析の領域では存在することを誰しも認めながらも、必ずしも多くの支持を得ていないことを考えると興味深い。彼らは般化という立場から論じているが、もっと積極的に治療者の言語あるいは非言語的な称賛や承認による強化を強める働きをしていることに注目すべきであろう。例えば、治療者の許容的な態度は、患者の「_____を話すと叱られる」という回避反応をゆるめ、また新しい活動を試みるきっかけになる。こうしたときに、治療者の支持や励ましといった強化がいっそう有効な方法になることは当然である。

3．症　　例

ここでは治療上の必要から行動療法を使用していた治療者が、途中から異なった役割ないし態度をとることにより、これまでの治療関係を変え転移を利用した症例を紹介し、考察する。

第1段階

この34才になる女性の患者は不安発作があり、電車などの交通機関にひとりで乗ることが出来ないために総合病院の神経科を訪れた。なお、外出以外にも

日常生活全般についての不安感が高く、何ごとにも心配性であり、さらに便所あるいは物置などへの閉所恐怖症的な具体的不安もあった。また、たえず疲労感があり、食欲がほとんどなく、夫や子どもがいないときには一日の大半は横になっているということだった。子どものときから「目だちたがり」屋で、他者の注目を集めたい方だったという。來院のときはいつもカラフルな洋服を着て、厚化粧であった。数回の診察で、具体的な不安感の問題だけではなく、夫に対する非常に強い不満をぶちまけ、夫婦間の調整が必要と判断された。このため、精神安定剤による薬物療法と並行して、行動療法をおこなうことになった。

この患者の父親は、患者の説明では「仕事の鬼」のような人で、家族を地方に置き自分は上京して働き、定年退職になるまで年に2－3度母親と一人子である患者のところに帰ってくる程度であったという。しかも、帰ってくると「お説教」や「叱る」ことが多く、母親も患者も「いっそ父親が帰ってこないほうがいい」とよく話し合っていたということだった。患者は母親から一度も聞いたことはなかったが、今になって考えると、父母の間には父の女性問題で根強い葛藤があったのではないかと思うと語っている。

患者は遠く離れた大学に進学したかったが、父が下宿することを許さなかったので、近くの大学に進学、卒業後就職を希望したが父の同意が得られず父の友人のすすめで夫と結婚した。その翌年男子そして数年後女子を出産している。子どもが幼稚園に通園するようになって、その送り迎えの当番のことなどから近所の母親仲間とうまくいかなくなり、その頃から外出への不安が急速に高まったということである。しかし、下の子どもが幼稚園に通園中はまだ当番のために外出したが、この数年間は夫が車で買物の送り迎えをする以外はほとんどひとりでは外出をしていないという。しかし、夫に対しては強い反発を示し、夫が毎日のように朝帰りであること、またなにかにつけて東京の母親に電話で相談ごとをすること、夫は外見的にも「男らしくない」と不満を訴えた。そして、自分の父親がいかに男らしかったかということを語るのだった。

夫は38才、4人の男兄弟の末っ子。父親は彼が出生時太平洋戦争にゆき戦死

している。母親は学校の先生だったが、戦後一家を支えるために保険の仕事をして、子どもたちを全て大学まで卒業させている。夫はこの母親を尊敬し、彼女に比べると妻である患者がいかに「意気地なし」であるかを訴えた。

治療者は患者に対しては、個人療法の形で外出ならびに閉所恐怖に対し系統的脱感作法をもちい、それと並行して夫婦間のコミュニケーションを良くするためにGottman（1976）のスキル・トレーニングを始めるとともに、Stuart（1970）のスキームにもとづき、妻と夫がそれぞれにどんなことをやって欲しいかを話合わせ、それが満たされたならば相手に対してどんなことをするかという一種のgive and takeのcontingency contractを作成し実行させた。

妻の外出と閉所恐怖的な不安は少しずつではあるが減少し、また子どもに付き添われての現実脱感作もある程度の進歩が見られた。夫婦間の問題では、夫は妻の悪求をほぼ満たし、また妻も夫の求めることをやや不完全ながらもおこなった。しかし、お互いに対する強い不満感は残り、二人とも「自分たちの問題は行動上のものよりも気持ちのうえでのものであり、contingency contractのような形では解決できない」と訴えた。

この頃、患者である妻は、治療者に甘え、媚び、治療者が夫の味方をすると非難し、きわめてmanipulativeな態度を示した。また、夫は自分は妻のために病院に来ているのであり、患者は妻であり自分は関係がないといった態度をしめし、passive-aggressive personalityの典型のような人物であった。この間、治療者は患者に対し行動療法を進めていくことに焦点をあて、その役割を技法中心に置いていた。

第2段階

治療開始後11ケ月項、治療者にとって一つの決断をせまられる事件が起こった。患者夫婦が來院する途中で口論を始め、妻が怒って病院前の喫茶店に入り込んでしまった。そして、夫が一緒に治療者のところに行こうとうながしても頑として聞き入れないと、夫が面接室で待つ治療者のところに報告にきた。

この数週間の患者の態度から判断して、ただ単に夫と口論しただけではなく、面接室で行動療法の枠組みのなかで治療的役割を演じようとしていた治療

者を、喫茶店という極めて日常的な場所に誘い出したいという願望があることは十分に察せられた。治療者が喫茶店に患者を迎えに行くことは、治療者の患者に対する関心、注目、ケアを示すことになるが、これまでとってきた役割の枠を出て、やや日常生活の場へ出かけてゆき、精神分析でいう転移にあたるような治療関係が起こることを覚悟しなくてはならなかった。こうした重要な治療的な判断をとっさに下すということは非常に難しいことであり、治療者がこれから起こるであろう治療関係にまつわる全てのことを予想できたわけでは決してない。ただ、治療者はある程度の危険を承知で患者を迎かへに行ったのである。患者は案の定、さしたる抵抗もなく病院のなかの面接室に移った。

このとき以後も、治療者は患者に対し引き続き系統的ならびに現実脱感作により外出にたいする不安を減少させるとともに、來院を夫の車でなく電車にきりかえ、はじめは夫と一緒の車両に乗り隣合わせに立つか座るかしたが、次第に同じ車両のなかでも距離をあけて立ち、やがては隣の車両に夫が乗っていても不安をなんとか克服できるようになった。

ただこうした、行動アプローチと並行して、彼女の幼少期に父親に対して愛憎共存的な感情を抱いていたことに耳を傾け、彼女の児童期から思春期にかけて十分に経験し得なかった父子関係を治療者との間に再現するように努めた。治療における彼女の psychosexual な発達は、児童期の段階から思春期へと進み、やがて青年期にはいろうという段階にまできた。そして、治療開始後２年後には、まがりなりにもひとりで電車に乗って通院できるようになった。ただ、夫は妻がひとりで通院できるようになったので、自らの通院を続けることに対して強い抵抗を示し、患者の症状の改善と反比例して夫婦の間の葛藤は強くなってしまった。ただ患者は、身体的にもまた心理的にもかなり元気になり、パートタイムの仕事を始められるほど活発になり、夫との問題は未解決ではあるが、２年７ヶ月で治療を終了した。

この治療は行動療法の枠組みで治療をおこなおうとした治療者の試みに対し、患者の方から転移をふくむ伝統的な治療方法を求め、また治療者も多少の不安を感じながらもそれに応じ、行動療法と併用した症例である。

伝統的な心理療法の枠組みのなかでは、転移を利用し患者に幼少時の psychosexual な感情、とくに父親に対する憧れと憎しみを再現させ、それを治療者にぶつけさせた。こうした感情を繰り返すことにより、患者は次第に発達段階的に成長をとげていった。

行動療法では治療者の役割はその技法の枠組みの範囲内に限定され、厳密に規定された手続きにしたがった治療をおこなうことが要求される。それは当然のことであり、この症例においてもかなりその効果はあり、患者夫婦はその契約にもとづきやるべきことをおこなった。しかし、患者の人間としての成長は、むしろ治療者がその役割を厳密に限定することを止め、患者の要求に応じてある程度自由にまた融通性をもって行動することが患者に満足を与え、行動療法とくに系統的ないし現実脱感作の進展と相乗効果をもたらしたように考えられる。

夫が後半治療から脱落した点については、治療者があまりにも contingency contract を中心に夫婦間の問題を解決しようし、彼自身の男性として確立に大きなマイナスとなった父性像の欠如といったことや、機械的な夫婦間の契約に対し夫が示した不満を十分に取り上げなかったことも夫のドロップアウトに拍車をかけたのではないかと反省させられる。

4．まとめ

行動療法においては、行動理論からみちびき出された技法を厳密におこなうことに治療者の関心が向けられて、ともすると治療者と患者の間の治療関係は軽視されてきた。

しかし、患者は治療と治療者に対し一種の期待を持っている。このことは、治療の上で極めて重要であり、患者が治療に来るかどうかは、治療効果について現実的な期待を持つことにより「治療を受けにゆかなくてはならない」という気持ちを抱くとか、治療では少し嫌な経験をしなくてはならないが、その結果として治癒、進歩、向上、変化が起こるであろうという希望を抱かせ、現在の状態と将来の変化を結び付ける役割を果たしている。こうして生まれる治療

にたいする希望ないし期待は、挫折感や孤立無援の状態におかれたという否定的な感情を押さえることが出来る。こうした結果をもたらすためには、治療者は患者の苦しみを他の言葉におきかえたり、問題行動の行動理論的解釈により、問題を病気としてではなく学習の結果として説明することで、患者に「もう一度学びなおせばよいではないか」という希望を持たせ、不安の減少に役立てることが必要であろう。

患者が治療者を訪れるとき、治療の効果はもちろんのことであるが、治療の過程あるいは形式についても期待や希望をもっている。したがって、患者が予想していたものと治療の方法があまりにも違いすぎると、患者は失望したり不満を感じ、途中で治療から脱落する。

行動療法をふくむ全ての心理療法において治療者がどのような役割をとるかは、患者のあり方や感情に大きな影響を与えることは当然である。そして、そのことは逆に患者の治療者に対する態度に必ずあらわれてくる。それをとりあげるか、それとも既定の治療方針にしたがって無視するかは、ただ単に治療計画の問題ではなく、治療の道程に重要な影響を与えることは否定できない。

治療のプロセスというのは、川の水のようなもので絶えず流れている。その場その時の治療的行為は状況に応じて、また患者のニーズを考え、治療者として理論的な枠組みを離れて患者にかかわる英知と勇気を必要とするのではないだろうか。

参考文献

Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M. J. Behavior modification: Principles, issues and applications, Houghton Mifflin Co., 1976.

Dollard, J. and Miller, N. E. Personality and psychotherapy, McGraw–Hill, 1950. 河合伊六・稲田準子訳、人格と心理療法、誠信書房、1972。

Freud, S. The dynamics of transferecne, In Collected papers, 1924 (First German Editon, 1912).

Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. A Couple's guide to communication, Research Press, 1976.

乾　吉佑　治療的退行、小此木啓吾　他編　精神分析セミナー11　精神分析の治療機

序に収録、岩崎学術出版、1982。
狩野力八郎　転移一逆転移　小此木啓吾　他編　精神分析セミナー11　精神分析の治療機序に収録、岩崎学術出版、1982。
Lang, P. J. The mechanics of desensitization and laboratory study of human fear, in Behavior therapy: Appraisal and status (Ed. Franks, C. M.) McGraw-Hill, 1969.
Menninger, K. Theory of psychoanalytic technique, Basic Books, 1959.　小此木啓吾・岩崎徹也訳　精神分析技法論、岩崎学術出版、1965。
Morris, R. J. The importance of the therapeutic relationship in systematic desensitization, JL of consulting and clinical paychology, 1974, 42, 148.
Morris, R. J. and Suckerman, K. R. Therapist warmth as afection in automated systematic desensitization, JL of consulting and clinical psychology, 1974, 42, 244-250.
Stuart, R. B. Token reinforcement in marital treatment, in Families in crisis (Eds. Glasser P. H. and Glasser, L. N.) Harper & Row, 1970.
武田　建　行動療法の初回面接　関西学院大学社会学部紀要　30、25-33、1975。
Rogers, C. R. Client centered therapy, Houghton Mifflin, 1951.
Tarner, B. A. and Parrino, J. J. Helping others, E. B. Press, 1975.
Wolpe, J. and Lazarus, A. Behavior therapy techniques, Pergamon Press, 1966.
Wolpe, J. The Practice of behavior therapy, 2nd edition, Pergamon Press, 1973.
山上敏子　行動療法における治療者・患者関係についての検討、行動療法研究、9-2、24-32、1984.