心理療法におけるクライエントの好みに関する研究:文献レビュー

A Literature Review on Clients' Preferences in Psychotherapy

金沢　吉展[※1]
Yoshinobu Kanazawa

要　約

心理療法において，クライエント（CL）の好みに合わせた対応を行うことは臨床的に有効であることが研究によって示されている。CLの好みとは，CLが自分自身の心理療法場面における体験がどのようなものであって欲しいかを示す欲求･願望や，CLが心理療法において重要と考える事柄と定義される。メタ分析においては，CLの好みについて話し合い，それを踏まえた対応をセラピスト（TH）が行うことにより，CLによるドロップアウトの減少と，TH-CL間係や心理療法効果の向上につながることが示されている。臨床実践上の留意点としては，初期段階および継続的なアセスメントの重要性と，CLの好みへの対応が困難あるいは不適切と考えられる場合の対応の２点が指摘されている。国内ではCLの好みに関する研究が乏しく，概念的な整理，アセスメント方法の開発，好みと心理療法効果との関係等の研究上の課題と，TH教育における課題が挙げられる。

キーワード：心理療法，クライエントの好み，プロセス研究
psychotherapy, client preferences, process research

1．なぜクライエントの好みに注目するのか

心理療法の実践，研究において，クライエント（CL）の「好み」(preferences）はこれまであまり注目を集めることのなかったテーマである。しかしアメリカ心理学会（American Psychological Association, APA）がエビデンスに基づく実践に関するガイドラインを公表し（APA, 2021），その中で，実践において，アセスメントから援助計画の作成，終結に至るまで，現在の研究知見，セラピスト（TH）自身の臨床的な専門的知識・スキル，CLの多様な特徴・文化・好みを重視しながら，一人一人のCLに合わせた最善の対応を行うことを心理士に求めたことは重要な意味を持つと言える。また，このガイドラインに先立って発表されたAPAの方針（APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006）においても，心理学におけるエビデンスベースト・プラクティスとは，最善の研究知見を，クライエントの特徴，文化，好みというコンテクストにおいて，臨床的な専門的知識・スキルと統合することと定義されている。そして，臨床場面において，臨床的な決定は，最善の研究知見をふまえ，予想され得る結果（コストとベネフィット）および得られるリソースやオプションを検討しながら，CLと協力して行うこと，実際に行われる援助あるいは援助計画についての最終的な決定は専門家である心理士が行うよう求めている。さらに，十分な説明を受けたクライエントが援助プロセスに積極的に関わることは，心理的な援助を成功に導く重要な鍵であると述べている。

※1　心理学部心理学科
Department of Psychology Faculty of Psychology

心理療法には効果があり，その効果は長期間続くことは実証的研究において既に確立された知見となっている（Barkham, et al., 2021；Lambert, 2013a, 2013b；Wampold & Imel, 2015）。その知見を踏まえて，現在の課題は，どのようなCLに対してどのような対応がより有効なのかという問となっている（Roth & Fonagy, 2005）。CLは一人一人ユニークな存在であり，多様な特徴を有している。いわゆる診断名はその一つであるが，同じ診断名を有しているCLであっても一人一人は多様である。そうした多様性を踏まえて，独自の存在であるCL一人一人に対応することが臨床家に求められている（Norcross & Cooper, 2021；Norcross & Wampold, 2019）。上記のAPAによるガイドライン（APA, 2021）と方針（APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006）においてCLの好みを踏まえることの重要性が明示されたことは，臨床場面においてCL各自の好みに合わせて対応することが肝要であることを示している。

2．定義

心理療法におけるCLの好みとは，CLが自分自身の心理療法場面における体験がどのようなものであって欲しいかを示す欲求・願望や，CLが心理療法において重要と考える事柄（価値）と定義される（Swift, Callahan, & Vollmer, 2011）。好みと類似した概念に，心理療法に対するCLの期待（expectations）がある。期待は，心理療法において何が起こると予想されるか（心理療法の結果も含めて）についてのCLの考えや信念であり，好みと期待とは関連する概念ではあるが独立した概念であることが論じられている（Swift, Callahan, Cooper, & Parkin, 2018, 2019；Swift, Callahan, & Vollmer, 2011）。実証的研究においても両者は関連するものの，独立した概念であることが示されている（Hatchett, 2015；Tompkins, et al., 2017）。

CLの好みには大きく分けて以下の３つの種類がある（Swift, Callahan, Cooper, & Parkin, 2018, 2019）。一つは具体的な行為についての好みである。これは，心理療法のプロセスを通してCLとTHが行う事柄についての好みである（例えば，ホームワークが課されるかどうか）。また，個人面接か集団療法か，カップルセラピーか，といった，心理療法の形態もここに含まれる。二つ目は，援助方法についての好みである。ここには，心理療法かそれ以外の方法か（薬物療法，セルフヘルプグループなど），また，どのようなアプローチの心理療法か（認知行動療法，力動的心理療法，など）についての好みが含まれる。最後に，THに対する好みが挙げられる。どのようなTHに担当して欲しいとCLが思っているかを示すものであり，THの性別や文化的背景といったデモグラフィック的な特徴や，THのパーソナリティ的な特徴が含まれる。

なお，CLの好みへの対応は全てのCLについて重要であるが，CLの好みに関する研究の大部分は成人の個人療法について行われていることから，本稿においては成人の個人療法について論じることとする。

3．CLの好みへの対応による効果

心理療法場面において，CLの好みを踏まえた対応の有効性に関する実証的研究は，CLの好みについて話し合い，それを踏まえた対応をTHが行うことにより，ドロップアウト（中断）を減らし，TH-CL間係の向上やCL側の満足度や効果の向上につながることを一貫して示している（Cooper, et al., 2018；Lindhiem, et al., 2014；Oldham, et al., 2012；Swift, Bird, et al., 2021；Swift & Callahan, 2009；Swift, Callahan,

Cooper, & Parkin, 2018, 2019；Swift, Callahan, Ivanovic, & Kominiak, 2013；Swift, Callahan, & Vollmer, 2011；Windle, et al., 2020）。

CLの好む援助方法に対して研究者側がマッチングを行った場合，あるいは，CL自身がTH，援助方法，具体的な行為について選択することができた場合の効果について，最新のメタ分析（Swift, Callahan, Cooper, & Parkin, 2018, 2019）が検討を行っている。それによれば，CLの好みを尊重した対応によりCLのドロップアウトを減らすことができる（*OR*=1.79, 95%CI［1.44, 2.22］，*p*<.001）と共に，CLの好みに合致した対応が行われなかった場合はドロップアウトが生じやすい（*d*=.28）。また心理療法の効果に対する影響においては，CLの好みに対応した場合は心理療法の効果が良好である（*d*=.28, 95%CI［0.17, 0.38］，*p*<.001）ことが示されている。この結果について，好みの種類，援助方法についての好み，CLの年齢，性別，文化的背景，教育歴による影響は見られなかった。さらに，ドロップアウトについては，研究方法の違いやCLの診断名による違いも見られていない。一方，心理療法の効果に対する影響については，研究デザインや，用いられた効果測定法，効果の測定時期，CLの診断名による影響が見いだされている。

2011年に発表されたメタ分析においても同様の結果が示されている（Swift, Callahan, & Vollmer, 2011）。このメタ分析によれば，ドロップアウトへの影響（*OR*=.59, 95% CI［0.44, 0.78］，*p*<.001）も心理療法の効果に対する影響（*d*=.31, 95%CI［0.20, 0.43］，*p*<.001）も有意であり，自身の好みに合わせた対応が行われた場合にはCLのドロップアウトが減少し，心理療法の効果も良好である。さらに，ドロップアウトへの影響については，ドロップアウトの定義によって結果が異なっている。CLが予め決められた心理療法のプロトコルを完遂しなかった状況をドロップアウトと定義した場合は，好みに合わせた対応による影響が有意であるものの，セラピストによる判定あるいは一定のセッション回数に達しなかった場合をドロップアウトと定義した場合には，好みに合わせた対応による効果は有意ではないことが報告されている。心理療法の効果に対する影響については，CLの診断名による影響が示されており，不安，抑うつ，物質依存の場合にはマッチングが有効であるが，それ以外の場合の有効性は示されていない。さらにSwiftらによる別の分析（Swift, Callahan, Ivanovic, Kominiak, 2013）では，CLの好みへのマッチングによる心理療法の効果およびドロップアウトに対する影響は，年齢，教育歴，文化的背景，性別，婚姻状況による違いが見られないことが示されている。加えて，マッチングによる影響は，より長期の心理療法よりも短期の心理療法の場合に大きく，短期療法においてミスマッチが生じている場合には，ドロップアウトがより生じやすいことが示されている。

2009年に発表されたメタ分析（Swift & Callahan, 2009）においても同様に，CLの好みに対応した場合は，対応しなかった場合と比較して，ドロップアウトの可能性がおよそ半分となり（*d*=.58, 95%CI［0.10, 0.18］，*p*<.05），心理療法の効果の点でも，マッチングが行われた場合の方がより有効であることが示されている（*r*=.15, 95%CI［0.09, 0.21］，*p*<.001）。またこのメタ分析では，CLをランダムに割り当てた場合の方が心理療法の効果への影響が大きく示されており，研究デザインによる影響も指摘されている。

以上は海外における研究であるが，日本国内では心理療法におけるCLの好みについて，実証的研究は極めて乏しい。THによる自己開示について，仮想事例を用いた研究（鈴木・佐々木，2019）では，CL側はTHによる解決策の開示を

期待したのに対して，TH側は解決策を示さないと回答しており，THによる自己開示に何を求めているのか，CLとTHの間で違いが見られた。この研究では「期待」という言葉を用いているが，その研究内容からは，期待ではなく好みに関する研究であるように思われる。初回面接におけるCLの体験に関する質的研究（草岡・岩壁・橋本，2017）においては，「セラピーへの幻滅」というネガティブな体験を構成する概念の一つとして「期待が裏切られた」が含まれている。この概念は，CLの期待あるいは求めていたことが満たされなかったために生じたネガティブな感情を指しており，「期待」と「好み」が混在しているようにも考えられる。したがって，上記2編の研究においては，「期待」と「好み」が混在し，明確に区別されずに扱われているように思われる。

4．CLの好みに合わせた対応がなぜ臨床的に有効なのか

CLの好みに合わせた対応を行うことは，ドロップアウトを減らし，心理療法の効果を高めることが示されているが，その理由は何であろうか。Tompkins, et al.（2013）は，CLが選択肢を与えられることによって尊重されていると感じ，有能感を得ることによって，より積極的に心理療法プロセスに参加する意欲が高まること，また，認知的不協和理論の観点から，CLが自分で選んだ事柄をより高く評価することになり，その選択肢の正しさを証明できるようにするために，心理療法に対して積極的に関わることになるのではないかと考察している。Swift and Greenberg（2015）はさらに，援助プロセスに関する意思決定にCLの好みを取り入れることは，CLが適切な意思決定を行う力を有していると信用していることを伝えることになり，その結果，CLは希望を持つことができると述べている。一方，心理的リアクタンス理論の視点から，CLが選択肢を与えられずにTHが決定した場合には，その決定に対してCLがネガティブな評価を下すことも指摘しており，総じて，CLが選択肢の中から選ぶという状況が，CLが援助計画・援助プロセスに積極的・好意的に関わることにつながると論じている（Swift & Greenberg, 2015）。さらに，CLが選択権をもって選ぶことができるという状況は，CLの内発的動機付け（Deci & Ryan, 1985, 2000）を高めることにつながる可能性も考えられる。

職業倫理的な観点からは，CLの好みを尊重した対応はインフォームド・コンセントに関わる事柄である（金沢, 2006）。CLが十分な説明のもとに選択肢を得て選ぶことができる状況は，職業倫理的にみて必要であるだけではなく，THに対する評価を高めると示唆されている（Dauser, et al., 1995；Handelsman, 1990；Sullivan, et al., 1993）。医療場面においては，インフォームド・コンセントをさらに進めて，自身に対して行われる医療行為について積極的に意思決定を行う存在として患者を位置づける共同意思決定（あるいは共有意思決定，SDM：shared decision making）の考え方が提唱されている。SDMとは，患者と医療者が対等の立場にたち，問題の説明・定義，選択肢の長所・短所，患者の価値観・意向等について話し合い，情報を共有しながら双方の合意に基づく意思決定を行うプロセスと定義されており（Charles, et al., 1997, 1999；Elwyn, et al., 2012；石川, 2020），倫理的に見て重要であるだけではなく，患者の満足度や治療効果を高め，患者の心理的な負担を減ずることが示唆されている（Bernacki, et al., 2014；Shay & Lafata, 2015；Stewart, et al., 2000；Street, et al., 2009）。

5．臨床面における対応

CLの好みへの対応に関する研究においては，CLをいくつかの異なる心理療法アプローチあるいはTH等に割り当てて，その結果を測定し比較することが一般的に行われており，研究者側がいくつかの心理療法アプローチを用意して，CLをランダムに割り当てる（例えばCooper, et al., 2018）手法が多く用いられている。他に，研究者側が用意した心理療法アプローチにランダムに割り当てられた群・研究者側が用意した心理療法アプローチの中から自身で選んだ群・統制群の間で結果を比較する（例えばSvensson, et al., 2021），あるいは，CLが好んだ方法と好まない方法にランダムに割り当てる（Goates-Jones & Hill, 2008）といった研究手法も見られる。また，遅延割引（delay discounting）の手法を用いてCLの好みを調べる研究（例えばDimmick, et al., 2022）も発表されている。しかし臨床場面ではこのような方法は難しく，現実的とも言えない。

Swiftらによれば，実際の臨床場面においてCLの好みについて話し合い，それを踏まえて意思決定を行う際の要点は，CLの好みについてのアセスメント，好みに応えることが難しい場合の対応，心理療法プロセス全体を通してCLの好みを継続的に再検討する，この3点である（Swift, Callahan, Cooper, & Parkin, 2019; Swift & Greenberg, 2015；Tompkins, et al., 2013）。まず，援助の最初の時点においてCLの好みについてアセスメントを行うことが必要である。３つの種類の好みについてCLに直接尋ねることは，一つのアセスメント方法である。しかし最初の時点で尋ねられても回答が難しいCLも多いであろう。CLの好みを測定する尺度がいくつか開発されている。それらの尺度は，面接場面における具体的な行為などについてリッカート式で評定を求める項目から構成されており，面接場面をCLが具体的に想定して答えることができる。例えばCooper-Norcross Inventory of Preferences（C-NIP）（Cooper & Norcross, 2016），Preferences for College Counseling Inventory（PCCI；Hatchett, 2015），Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire（PEX：Clinton & Sandell, 2014）はよく知られた尺度である。これらの質問紙はCLの好みについて広くアセスメントを行うことができ，また，リッカート式の質問紙であることから，好みの強さについても調べることができる。一方Tompkins, et al.（2017）によるPreferences for Treatment Options Measureは，５つの援助方法を選択肢として示して評定を求める質問紙であり，限定的な好みの尺度である。他に，半構成的なインタビューであるTherapy Preferences Interview（TPI）（Vollmer, et al., 2009）も開発されている。以上は個人心理療法を基本とした測定手法であるが，集団療法に関する好みについての尺度（Perreault, et al., 2014）も発表されている。

尺度は有用であるが，そもそも心理療法がどのようなことなのか，THとCLはどのような役割をもつのか，心理療法についてCLはどのようなイメージや経験をもっているのかなど，話し合うことが必要である。例えば，尺度の中に「ホームワークの課題を提示する」という項目があった場合，それが何を意味するのか，CLには分からないこともあろう。心理療法場面についてCLが理解できるよう，THが説明することは大切である。このようなやり取りは，CLに対して役割導入の機能を果たすこともでき，中断防止につなげる効果も期待できる（Barrett et al., 2008；Walitzer, et al., 1999）。

CLの好み全てに応えることは困難なことも多い。加えて，CLの好みに合わせることが臨床的にみて常に適切であるとは限らない。例え

ば，対人接触について不安が高く，回避行動を繰り返しているCLが，心理療法においても回避行動の継続を求めるかもしれない。好みへの対応が難しい場合は，対応が可能な機関にリファーすることは選択肢の一つであるが，CLが示す好みの背景について話し合い，なぜその好みへの対応が難しいのか説明し，話し合うことが求められる。

最後に，好みについてのアセスメントは開始当初にまず行われるが，当初にCLが示した好みが終結まで同一であるとは限らない。したがってTHは，CLにとって重要であることやCLが求めることはどのようなことなのか，随時アセスメントを行って確認していくことが大切である。

Norcross and Cooper（2021）は，CLの好みを取り入れた臨床実践において，THに求められる４つのAの選択（adopt［採用］, adapt［適合］, alternative［代案］, あるいは another［別のTHあるいは他機関］）を提示している。まず，CLが示す強い好みが，TH自身の専門的知識・スキル，倫理綱領，および研究知見と合致する場合には，そのCLの好みを取り入れる（“adopt”）。そして，CLの好みが面接過程を通じて変化していく可能性があることから，必要に応じてCLの好みを確認すること，当初に示した好みと変化している場合は話し合うことが必要であるが，多くの場合は，当初の好みへの対応を継続することが適切であると論じている。次に，CLの好みを採用できない場合には，CLが強く示している好みを少し変えた対応策を提示する（“adapt”）。つまり，具体的な行為，援助方法，THに対する好みのいずれかについて，そのまま採用することが，臨床家自身の専門的知識・スキル，倫理綱領，あるいは研究知見と合致しない場合や，適切ではないと考えられる場合は，ある程度CLの好みが満たされるよう修正版を提示する。一方，倫理的・法的に，臨床家は援助場面における責任を有しており，CLが示す好みを全て受け入れることが求められているわけではない。CLの強い好みをそのまま満たすことがCLにとって不適切である，望ましい結果が得られない，悪化している，効果が見られない，面接継続を拒んでいるあるいはドロップアウトをしようとしている，等の場合は，他の方法を提案する（“alternative”）。その際はなぜそれを提案するか説明し，CLの落胆への共感，そして代案の内容についてCLへの教育を行う。最後の“another”は，CLが示す好みが研究上も倫理的にも適切であるものの，そのTH自身の専門的知識・スキルに合致していない場合は，別のTHあるいは他機関へのリファーを行うことを指す。

上記の２つの実践モデルには共通点が多い。総じて，初期段階におけるアセスメントと継続的なアセスメントの重要性，CLの好みへの対応が困難あるいは不適切と考えられる場合の対応，この２点が提案されていると考えられる。まず，予約時も含めて面接の初期段階において，具体的な行為，援助方法，THへの好みの３種類について，CLへの質問や尺度等を用いてアセスメントを行う。このアセスメントは，初期段階の後も心理療法プロセスを通して継続的に行う必要がある。アセスメントに際しては，心理療法についてCLに説明することもTHに求められる。次に，CLの好みがTHの専門的知識・スキル，倫理綱領，あるいは研究知見と合致しない場合や，臨床的に適切ではないと考えられる場合は，THから“修正版”，代案，あるいはリファーを提案し，なぜそのようにTHが考えるのかを説明し，CLがどのように受け止めるかも含めて話し合う。好みへの対応については，CLが示す好みを全て受け入れる必要はない。専門職であるTHは援助場面における責任を有しており，実際に行われる援助あるいは援助計画についての最終的な決定はTHが行うの

である（APA, 2021；APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006）。

6．今後の課題

CLの好みを尊重した対応は，実証的にみて有益であるのみならず，職業倫理的にも必要かつ重要な事柄であるものの，日本においてはまだ注目されていない。日本における課題として以下が挙げられる。

まず好みについての概念的・実証的な整理が必要である。国内で刊行された２編の研究においては，期待という用語が用いられているものの，その内容には好みが含まれていると考えられる。期待と好みは関連するものの独立した概念であり（Swift, Callahan, Cooper, & Parkin, 2018, 2019；Swift, Callahan, & Vollmer, 2011），実証的研究においても両者は関連するが独立した概念であることが示されている（Hatchett, 2015；Tompkins, et al., 2017）ことを踏まえると，この両者の概念について，定義上も実証的にも整理することが必要である。

次に，CLの好みについての研究である。海外のCLが示す好みと，日本国内のCLの好みとが同じであるとは限らない。海外と日本とでは心理療法が行われる状況や価値観などが異なることから，CLや潜在的CL（すなわち一般の人々）が心理療法に対してどのようなことを求めており，どのようなことを重要と考えているのか，具体的な行為，援助方法，THに対する好みについて，実態を把握すること，そして，それらの好みがどのようにして形成されるのか，好みへの影響要因はどのようなことか，明らかにする必要がある。

そのためには好みの測定手法を開発することが必須である。開発には，海外の尺度を国内において標準化することが有用である。加えて，好みについてのボトムアップの研究が国内において行われる必要があり，インタビュー調査や自由記述を用いた調査など，質的な研究は重要である。測定方法を得ることができれば，好みに対する影響要因やサブグループによる特徴・差異（例えば，性別や年齢による違い，主訴による違い等）を探っていくことも可能となる。さらに，心理療法の効果やドロップアウトと好みとの関連を吟味することが求められる。

次にTHの教育である。好みが心理療法の効果やドロップアウトに影響することが海外の研究で示されていることを踏まえると，好みに合わせた対応をTHが行うことは，THにとって必須のスキルと考えられる。しかし好みを取り入れた実践を行うには，心理療法のプロセスや効果に関する研究知見に精通し，多様な臨床スキルを習得し，自身のTHとしての長所・限界を認識して，職業倫理の枠組みの中で，CLとの間で十分な話し合いを行って良好な関係を構築することが必要である。これらはTHに求められる基盤コンピテンシーにも含まれている事柄である（Fouad, et al., 2009；Hatcher, et al., 2013；Kaslow, et al., 2009；Rodolfa, et al., 2005）。CLの好みを取り入れた実践を行うことのできるTHを養成するためにはどのようなトレーニング方法が効果的なのか，海外においてもまだ取り組みの乏しいテーマであるが，日本においても重要なテーマと言える。

引用文献

American Psychological Association. (2021). APA guidelines on evidence-based psychological practice in health care. Retrieved February 27, 2023, from https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf

American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based

practice in psychology. *American Psychologist, 61,* 271-285.

Barkham, M., Lutz, W., & Castonguay, L. G. (Eds.). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition (7th ed.).* Wiley.

Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45,* 247-267.

Bernacki, R. E., Block, S. D., for the American College of Physicians High Value Care Task Force. (2014). Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. *JAMA Internal Medicine, 174,* 1994-2003.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine, 44,* 681-692.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine, 49,* 651-661.

Clinton, D., & Sandell, R. (2014). *PEX: Psychotherapy Preferences and Experiences Questionnaire, A short introduction.* Unpublished manual, Karolinska Institutet: Stockholm.

Cooper, M., Messow, C.-M., McConnachie, A., Freire, E., Elliott, R., Heard, D., Williams, C., & Morrison, J. (2018). Patient preference as a predictor of outcomes in a pilot trial of person-centred counselling versus low-intensity cognitive behavioural therapy for persistent sub-threshold and mild depression. *Counselling Psychology Quarterly, 31,* 460-476.

Cooper, M., & Norcross, J. C. (2016). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences: The Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16,* 87-98.

Dauser, P. J., Hedstrom, S. M., & Croteau, J. M. (1995). Effects of disclosure of comprehensive pretherapy information on clients at a university counseling center. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 190-195.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* Plenum Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11,* 227-268.

Dimmick, A. A., Trusty, W. T., & Swift, J. K. (2022). Client preferences for religious/spiritual integration and matching in psychotherapy. *Spirituality in Clinical Practice, 9,* 202-211.

Elwyn, G., Frosch, D., Thompson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27,* 1361-1367.

Fouad, N. A., Grus, C. L., Hatcher, R. L., Kaslow, N. J., Hutchings, P. S., Madson, M.

B., Collins, F. L., & Crossman, R. E. (2009). Competency benchmarks: A model for understanding and measuring competence in professional psychology across training levels. *Training and Education in Professional Psychology, 3,* S5-S26.

Goates-Jones, M., & Hill, C. E. (2008). Treatment preference, treatment-preference match, and psychotherapist credibility: Influence on session outcome and preference shift. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45,* 61-74.

Handelsman, M. M. (1990). Do written consent forms influence clients' first impressions of therapists? *Professional Psychology: Research and Practice, 21,* 451-454.

Hatcher, R. L., Fouad, N. A., Grus, C. L., Campbell, L. F., McCutcheon, S. R., & Leahy, K. L. (2013). Competency benchmarks: Practical steps toward a culture of competence. *Training and Education in Professional Psychology, 7,* 84-91.

Hatchett, G. T. (2015). Development of the Preferences for College Counseling Inventory. *Journal of College Counseling, 18,* 37-48.

石川ひろの（2020）．Shared Decision Making の可能性と課題―がん医療における患者・医療者の新たなコミュニケーション―　医療と社会，*30*(1)，77-89.

金沢吉展（2006）．臨床心理学の倫理をまなぶ．東京大学出版会

Kaslow, N. J., Grus, C. L., Campbell, L. F., Fouad, N. A., Hatcher, R. L.,& Rodolfa, E. R. (2009). Competency assessment toolkit for professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology, 3* (4, Suppl.), S27-S45.

草岡章大・岩壁 茂・橋本忠行（2017）．初回面接におけるクライエントの主観的体験の質的研究　臨床心理学，*17*，840-849.

Lambert, M. J. (2013a). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed.)* (pp. 169-218). Wiley.

Lambert, M. J. (2013b). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50,* 42-51.

Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34,* 506–517.

Norcross, J. C., & Cooper, M. (2021). *Personalizing psychotherapy: Assessing and accommodating patient preferences.* American Psychological Association.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness (3rd ed.).* Oxford University Press.

Oldham, M., Kellett, S., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80,* 928-939.

Perreault, M., Julien, D., White, N. D., Bélanger, C., Marchand, A., Katerelos, T., & Milton, D. (2014). Treatment modality preferences and adherence to group treatment for panic disorder with agoraphobia. *Psychiatric Quarterly, 85,* 121-132.

Rodolfa, E. R., Bent, R. J., Eisman, E., Nelson, P. D., Rehm, L., & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 347-354.

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research (2nd ed.).* Guilford Publications.

Shay, L. A. & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making, 35,* 114-31.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A, McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient centered care on outcomes. *Journal of Family Practice, 49,* 796-804.

Street, R. L., Jr., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling, 74,* 295-301.

Sullivan, T., Martin, W. L., Jr., & Handelsman, M. M. (1993). Practical benefits of informed-consent procedure: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 24,* 160-163.

鈴木孝・佐々木淳（2019）．臨床心理面接におけるカウンセラーの効果的な自己開示―クライエントの期待という視点から―　カウンセリング研究，*51*，145-156.

Svensson, M., Nilsson, T., Perrin, S., Johansson, H., Viborg, G., & Sandell, R. (2021). Preferences for panic control treatment and panic focused psychodynamic psychotherapy for panic disorder–Who chooses which and why? *Psychotherapy Research, 31,* 644-655.

Swift, J. K., Bird, M. O., Penix, E. A., & Trusty, W. T. (2021). Client preference accommodation for religious/spiritual integration and psychotherapy outcomes in naturalistic practice settings. *Psychotherapy, 59,* 392-399.

Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65,* 368–381.

Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74,* 1924–1937.

Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2019). Preferences. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work, Vol. 2: Evidence-based therapist responsiveness (3rd ed.)* (pp.157-187). Oxford University Press.

Swift, J. K., Callahan, J. L., Ivanovic, M., & Kominiak, N. (2013). Further examination of the psychotherapy preference effect: A meta-regression analysis. *Journal of Psychotherapy Integration, 23,* 134-145.

Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. *Journal of Clinical Psychology, 67,* 155-165.

Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes.* American Psychological Association.

Tompkins, K. A., Swift, J. K., & Callahan,

J. L. (2013). Working with clients by incorporating their preferences. *Psychotherapy, 50,* 279-283.

Tompkins, K. A., Swift, J. K., Rousmaniere, T. G., & Whipple, J. L. (2017). The relationship between clients' depression etiological beliefs and psychotherapy orientation preferences, expectations, and credibility beliefs. *Psychotherapy, 54,* 201-206.

Vollmer, B., Grote, J., Lange, R., & Walker, C. (2009). A therapy preferences interview: Empowering clients by offering choices. *Psychotherapy Bulletin, 44,* 33-37.

Walitzer, K. S., Dermen, K. H., & Conners, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behavior Modification, 23,* 129-151.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.).* Routledge/Taylor & Francis Group.

Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., & Carr, C. (2020). Association of patient treatment preference with dropout and clinical outcomes in adult psychosocial mental health interventions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 77,* 294-302.