

博士論文

臨床行動分析における正の強化に焦点化した
標的行動の選択

(Selecting Target Behaviors Focusing on Positive
Reinforcement in Clinical Behavior Analysis)

2021年9月

立命館大学大学院人間科学研究科

人間科学専攻博士課程後期課程

瀬口 篤史

立命館大学審査博士論文

臨床行動分析における正の強化に焦点化した
標的行動の選択

(Selecting Target Behaviors Focusing on Positive
Reinforcement in Clinical Behavior Analysis)

2021年9月

September 2021

立命館大学大学院人間科学研究科

人間科学専攻博士課程後期課程

Doctoral Program in Human Science

Graduate School of Human Science

Ritsumeikan University

瀬口 篤史

SEGUCHI Atsushi

研究指導教員：三田村 仰准教授

Supervisor : Associate Professor MITAMURA Takashi

博士論文要旨

論文題名：臨床行動分析における正の強化に焦点化した 標的行動の選択

立命館大学大学院人間科学研究科
人間科学専攻博士課程後期課程
セグチ アツシ
瀬口 篤史

本論文の目的は、臨床場面においてクライアントに正の強化に焦点化した標的行動の選択と、その標的行動を複数の次元において測定することが、臨床的にどのように有用であるかを検討することであった。本論文では8つの実践研究を基にこれを検討した。第一章では、行動分析学のフィールドにおける行動測定に関する主張や研究をまとめるとともに、行動の形態から機能への移行、そして正の強化の機能に焦点化した標的行動の選択の必要性に関する近年の主張についてまとめた。第二章では、正の強化に焦点化した標的行動の選択と測定にどのような有用性があるかについて明確化するために、正の強化に焦点化して標的行動を選択した3つの実践研究を、症状に焦点化して測定を選択した3つの実践研究と比較し、質的に検討した。第三章では、正の強化に焦点化した標的行動を測定する際の有用性を高める工夫として、標的行動を複数の次元で測定した2つの実践研究を挙げ、どのような有用性があるか検討した。第四章では、第一章から第三章までの考察をまとめるとともに、標的行動の選択や行動測定に関する今後の研究の展望を行った。

目次

第一章	序論	・ ・ 1
第一節	正の強化に基づいた支援	・ ・ 1
第二節	応用行動分析における行動測定	・ ・ 2
第三節	臨床行動分析における行動測定	・ ・ 3
第四節	行動の形態から機能へ	・ ・ 6
第五節	症状の低減から正の強化の焦点化へ	・ ・ 8
第六節	本博士論文の目的	・ ・ 11
第二章	正の強化に焦点化した標的行動の選択と症状に焦点化した標的行動の選択	・ ・ 13
第一節	問題と目的	・ ・ 13
第二節	方法	・ ・ 14
第三節	結果	・ ・ 18
第四節	考察	・ ・ 18
第三章	複数の次元での行動測定	・ ・ 22
第一節	問題と目的	・ ・ 22
第二節	方法	・ ・ 23
第三節	結果と考察	・ ・ 37
第四章	総合考察	・ ・ 40
第一節	本博士論文の考察	・ ・ 40
第二節	今後の課題と展望	・ ・ 43
	文献	・ ・ 46

第一章

序論

第一節 正の強化に基づいた支援

正の強化とは、Skinner (1938) によって定式化されたオペラント条件づけの基本原理の1つであり、ある行動に後続して即座にある刺激が提示された結果、将来類似の行動がより頻繁に起こるようになることである (Cooper, Heron & Heward, 2007)。強化には、正の強化とともに、負の強化があり、負の強化とは、行動を生起させることが刺激の除去、終了、減少、遅延を生み出し、その結果その行動の将来の生起の増加をもたらすことである (Cooper et al., 2007)。どちらも行動の後に起こる刺激の変化によって行動が増えることを指しているが、行動の直後に起こる環境の変化が、刺激の提示 (出現) なのか、刺激の除去 (消失) なのかによって、正負の区別がなされる。正の強化で行動の直後に提示される刺激は、対象者にとって好ましい体験である場合が多く、逆に負の強化で行動の直後に除去される刺激は、対象者にとって不快な体験である場合が多い。

医療や教育、福祉など、対人支援を行う領域において、対象者の生活の質の向上のために、この正の強化にもとづいた支援の重要性が主張されている (高山・中鹿, 2021)。例えば、Skinner (1979) は、支援が提供される対象者にとっての幸福について、「正の強化子を手に入れていることではなく、正の強化子が結果としてもたらされたがゆえに行動すること」 (佐藤訳 1990, p96) としており、対象者が自分にとって好みの物を手に入れている状態そのものが幸福を意味するわけではなく、それをまた獲得するために行動するプロセスこそが幸福であると論じている。また、望月 (1995) は、障害のある個人に対する支援において、「物を与えることではなく、彼らが物を得る、という条件設定で援助をすること (Skinner, 1978, p.40)」が、個人の自律や独立した生活のために重要であるとした。そして、正の強化を、目標行動の達成のための「手段」ではなく、むしろ正の強化によって維持される行動に満ちた生活を目標とする意味で、あくまで「目的」であると論じている。これは、障害を持つ個人をその個人差のまま社会に受け入れ、障害の軽重を問わず共生する、いわゆるノーマライゼーションの方針を応用行動分析の枠組みから示したものであるが、対象者が社会の中で自律し、独立した生活を送ることを実現するためには、対象者

が正の強化を受ける機会が増えることを目的として支援を行うことが重要であると言える。

正の強化にもとづいた支援を行う際に、重要な役割を果たすのが、対象者における行動を測定することである。正の強化が生じているかどうかは、行動に後続して刺激が提示された後に行動が増えていることが確認されて初めてその手続きが正の強化であったと判断されるものであり、対象者にとって好ましい刺激が提示されることそのものを指すわけではない。そのため、正の強化に基づいた支援を行うためには、支援を通して強化の対象とする行動が増えているかどうかを、行動の生起頻度等を継続的に測定することで確かめる必要が生じるのである（本博士論文で記述している「行動」とは、観察可能な顕在行動のことを指しており、思考や感情といった内潜行動は、そのまま「思考」「感情」と記述している）。

第二節 応用行動分析における行動測定

近年、精神科病院やクリニック、心理相談室といった臨床場面において、クライアントの行動を、行動指標を用いて客観的に測定することの重要性が主張されている（Newsome, Newsome, Fuller & Meyer, 2019；仁藤・奥田, 2013；瀬口・三田村, 2020）。行動指標を用いた測定（以下、行動測定）とは、対象とするクライアントの行動を、頻度や持続時間、反応潜時、強度といった次元において、継続的に測定することであり（瀬口, 2019）、介入の効果を評価するために重要な役割を果たすものである（Kazdin, 2011）。

クライアントの行動を測定することを重視したアプローチとして、応用行動分析に基づいたアプローチがある。応用行動分析とは、「行動原理から導き出される戦術を、社会的に重要な行動を改善するために組織的に応用して、実験を通じて行動の改善に影響した変数を同定する科学」である。応用行動分析における行動の測定は、行動を記述、予測、制御し、行動の変化について科学的に有意義な方法で検討するための土台を提供するものである（Cooper et al., 2007）。

実践場面において、クライアントの行動を特定し、客観的に測定することは、介入の対象とする行動の変化を直接的に評価することを可能にする

（Kazdin, 2011; 仁藤・奥田, 2016）。具体的には、①行動は改善したのか、②行動の改善はいつ、どの程度、どの期間に起こったのか、③介入の前、介入の間、介入の後、行動はどのくらい変動するのか、または安定するのか、④重要な行動改善が他の場面や状況で起こったのか、他の行動に広がったのか、を明らかにすることが可能となる。また、実践家は行動を測定することで、以下の

2つの誤りを防ぐことができる。すなわち、①効果のない介入を現実には行動改善が起こっていないのに継続する誤り、②効果のある介入を主観的な判断では改善が見られないためやめてしまう誤りである。

加えて、行動を測定することは、クライアントに対する介入の有効性を最適化するために役立つとされる (Bushell & Baer, 1994)。また、実践家は行動を測定することによって、「エビデンスベース」と喧伝される介入技法の正当性を立証できるとともに、疑似科学や、一時的人気、流行、イデオロギーに基づく介入を突き止め、その使用をやめさせることに役立つとされる。また、測定によって、クライアントと消費者、雇用主、社会に対して、責任を果たすことができ、倫理基準を実現するために役立つとされる (Cooper et al., 2007)。

クライアントの行動を測定することで介入の効果を評価する手続きは、応用行動分析のフィールドにおいて、古くから用いられてきたが (例えば, Ayllon & Azrin, 1968), 近年, 臨床領域の研究において用いられる指標が, 質問紙などの自己報告に偏っており, 行動測定を活用した研究が少ないことが指摘されている (Newsome et al., 2019; 仁藤・奥田, 2013)。行動測定の必要性や有用性が主張されていることから, 臨床領域においてクライアントの行動を測定し, アセスメントや介入の有効性の検証に活用した研究の蓄積が必要である。

第三節 臨床行動分析における行動測定

これまでに精神科領域での実践研究においては, 介入効果を評価する指標として質問紙や自覚的障害単位 (Subjective Unit of Disturbance; SUD) 等が使用される場合が多く, 行動測定が用いられた研究は少ない (仁藤・奥田, 2013)。行動療法や認知行動療法に関連する研究を対象とした国際的専門誌の1つである "Behavior Therapy" 誌において, 2013年から2017年までの5年間に掲載された354本の研究の中で, 行動測定が行われた研究の本数を著者が調べた (Pre-Postのみを測定した研究は除外し, 3プロット以上のデータを有する実験研究および応用研究を基準とした)。その結果, 行動測定が行われた研究は, わずか11本 (3.1%) であり, その中で成人のクライアントの行動を測定した研究は, 5本 (1.4%) であった。また, 国内の行動療法や認知行動療法に関連する研究を対象とした専門誌である「認知行動療法研究」誌において, 2013年から2017年までの5年間で掲載された104本の研究の中で, 行動測定が行われた研究の本数を調べた (Pre-Postのみを測定した研究は除外し, 3プロット以上のデータを有する実験研究および応用研究を基準とした。また, 同誌に掲載されていた口頭発表資料は研究数から除外した)。その結果, 行動測定が行われた研究は20本 (19.2%) であり, 成人を対象として行動測定が行われた研究は, 9

本（8.7%）であった。また、国内の行動分析学に関連する研究を対象とした専門誌である「行動分析学研究」誌において、2013年から2017年までの5年間で掲載された32本の研究の中で、行動測定が行われた研究の本数を調べた

（Pre-Postのみを測定した研究は除外し、3プロット以上のデータを有する実験研究および応用研究を基準とした。また、同誌に掲載されていた追悼論文や特定の声明に関する論文、研究機器の解説を行った論文は研究数から除外した）。その結果、行動測定が行われた研究は31本（97%）であったが、成人を対象として行動測定が行われた研究は、4本（13%）であった。これらのデータは、あくまで”*Behavior Therapy*”誌、「認知行動療法研究」誌、および「行動分析学研究」誌に限られたものではあるが、精神科臨床のフィールドにおいて行動測定が行われた研究が少ないという事実を裏づけている。

同様の主張は、臨床行動分析のフィールドにおいてもなされている

（Newsome, et al., 2019）。臨床行動分析とは、対話形式の心理療法に行動分析学を適用したアプローチであり（三田村, 2017）、応用行動分析に代表される文脈主義の系譜に属し、第三世代の行動療法、あるいは文脈的認知行動療法とも呼ばれる臨床実践の形態である。臨床行動分析に属するセラピーとしては、アクセプタンス&コミットメント・セラピー（Acceptance and Commitment Therapy; ACT）、弁証法的行動療法（Dialectical Behavior Therapy; DBT）、行動活性化（Behavioral Activation; BA）、機能分析心理療法（Functional Analysis Psychotherapy; FAP）などがある。この臨床行動分析の特徴として、（1）文脈と機能を重視すること、（2）症状の介入を超えてクライアントの人として生きる機能を高めること、（3）理論や技法をセラピストの側にも向けること、（4）これまでの行動療法や認知行動療法の延長に位置づけられること、（5）人間の抱える大きなテーマ（価値、自己）も積極的に扱うこと、が挙げられる（三田村, 2017）。

Newsome et al. (2019) は、臨床行動分析に関連するの研究の専門誌である“*Journal of Contextual Behavioral Science*”誌において、創刊の2012年から2016年までに掲載された160本の研究の中で、行動測定を用いた研究について調査した。その結果、質問紙を中心とした「自己報告」を用いた研究が全体の91%であったのに対し、行動測定を用いた研究は全体の25%に留まることが示された。つまり、臨床行動分析のフィールドにおいても、行動測定が用いられた研究が少なく、質問紙といった自己報告に指標が偏っていることが示されている。

臨床行動分析を含めた精神科臨床の研究において、行動測定が行われた例が少ないことにはいくつかの要因が考えられる。第一に、気分といった非行動の問題を、行動の問題として定義することの難しさが挙げられる。精神科を受診

するクライアントは、観察可能な行動に関する問題よりも、不安や抑うつ、意欲低下といった気分の問題、または息苦しさや腹痛、めまいといった身体症状の問題に関する内容を主訴とする場合が多い（樫村・石村・竹下・大江・野村・西松，2014）。一方、行動測定を行うには、不快な気分や身体症状の悪化、持続に影響を与えている行動を文脈的な視点から特定し、行動の問題として定義する必要がある。しかし、精神科臨床の研究において、クライアントの気分や身体症状の訴えを行動の問題として定義するプロセスが記述された参考例は少ない。

次に、測定対象の行動を選択する難しさが挙げられる。行動測定は、個々のクライアントの生活における困難やニーズ、目標に合わせて実施することができることが利点の一つであるが、それ故にマニュアルが存在していない。そのため、実践家は事例ごとに、広範なアセスメントからクライアントの困難やニーズ、目標にもとづいて測定や介入の対象とする行動を複数リストアップし、その中から優先して取り組む行動を選択することになる。しかし、精神科臨床において、測定や介入の対象とする行動を、どのような臨床判断をもとに選択するのかに関して記述された実践研究は少ない（瀬口，2020a）。

さらに、行動測定の正確性や妥当性を高めるための、測定方法の選択の難しさが挙げられる。行動測定では、測定対象とする行動を選択した後に、測定方法を検討する。その際には「誰が測定を行うのか」、「どのような場面やタイミングで測定を行うのか」、「どのような機器または記録用紙等を使って測定するのか」、「測定者は測定の目的や測定方法を理解しているか」、「日常生活で測定の遂行を妨げ得る環境要因は無いのか」、「測定が負担となる可能性は無いのか」等について検討する。そして、クライアントの問題の性質や生活様式等に応じて、より正確で妥当な測定が実現できるように、測定方法の工夫を行う。近年では、行動の新たな測定方法の開発や提案がなされているが（Bentley, Kleiman, Elliot, Huffman, & Nock, 2019），このような測定方法に関しても、精神科臨床において参考例となる研究が十分になされているとは言い難い。

以上のような、精神科臨床において行動測定を行おうとする実践家にとっての困難は、行動測定を実践する機会を減らし、結果的に行動測定を行った研究が蓄積されないという現状を生んでいると考えられる。

一方、臨床行動分析のフィールドとは対比的に、応用行動分析に基づいたこれまでの実践研究の多くは、発達障害児を対象とし、学校場面や入院施設等にて行われる傾向があった（Beavers, Iwata, & Lerman, 2013; Hanley, Iwata, & McCord, 2003）。このようなフィールドの場合、家族や教員等にとって、児童の観察可能な行動に関する問題に焦点が当てられているため、研究において介入の対象とする行動が特定されやすい。また、行動測定の参考例となる研究も

多く蓄積されている。そのため、応用行動分析のフィールドでは自ずと行動測定が行われた研究が多くなるものと考えられる。

以上のことから、臨床行動分析のフィールドにおいても行動測定を普及させるためには、測定対象の行動の選択や測定方法の選択など、行動測定を行う際の臨床判断や手続きを記述した実践研究を蓄積する必要があると言える。

第四節 行動の形態から機能へ

臨床行動分析において行動測定を行う際に重要な側面の一つが、測定の対象とする行動を「機能」、すなわち行動が本人にとって果たす目的 (Cooper et al., 2007) で捉えるということである。行動の機能という概念は、ACTに代表される臨床行動分析の基礎であり、「予測と影響」に役立つことこそ真理であるとする科学哲学である機能的文脈主義 (三田村, 2017) において重要な役割を果たす概念である。そして、「機能」と対にされる概念が、行動の「形態」である。

最初の行動主義者として位置づけられ、古典的条件づけを発見した Pavlov の影響を強く受けた Watson は、刺激によって誘発される行動を強調し

(O'Donohue, 2001), 2人以上の人間が同一のものとして観察可能な行動だけを研究対象とすべきだとして (Watson, 1913), 行動の形態を重視した。後に, Skinner は Watson の主張を批判し (Skinner, 1974), 皮膚の内側で起きている事象も説明されるべき行動であるとした。そして, 行動の予測と制御 (影響) を目的として, 生活体と環境との相互作用を「先行事象-行動-結果事象」の三項に分けて記述する三項随伴性を提唱した。この三項において, 特に行動と結果事象の関係を重視し, 行動が環境の変化を引き起こす機能を強調した。Skinner は自身のこのような哲学的立場を徹底的行動主義とし, Watson の方法論的行動主義と区別した。臨床行動分析が基づく機能的文脈主義は, この徹底的行動主義を洗練させたものと位置づけられる (三田村, 2017)。

Skinner が徹底的行動主義を提唱した行動療法の初期の時代に, 臨床領域では, クライエントの行動の機能を特定し, エビデンスに基づいた変化の原理をクライエントに適用しようとする試みが特徴的であった (Hayes et al., 2019)。しかし, 1970年代後半に DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III) が発刊され, 目に見える症状のサインや訴えの内容などをまとめて症候群として分類したことにより, 治療における判断の基準として行動の形態が重視されるようになり, 機能に基づいたアプローチは一時衰退した。DSM-IIIが発刊されて以降, 無作為抽出比較試験 (Randomized Controlled Trial; RCT) といった大規模なサンプルサイズを用いて個人間の比較を行った研

究により、診断名に対応する膨大な数の治療プロトコルや治療パッケージが次々に開発された。しかし、その膨大な研究費にもかかわらず、メンタルヘルスの問題の医療負担は増加を続けた (Larkin, Classen, Emond, Pelletier, & Camargo, 2005)。アメリカの12歳以上の人口の抗うつ薬の使用率は、約20年前に比べて65%増加し (Pratt, Brody, & Gu, 2017)、その一方で2007年までの10年間において心理療法のみを使用した人は、それ以前と比べて50%減少し、心理療法と薬物療法を使用した人も30%減少した (Olfson, & Marcus, 2010)。これらの結果は、行動の形態に基づいて治療プロトコルを開発する時代が、期待されたような成果を生み出すことはできなかったことを示している。

このような経緯から、近年では、個人差を重視し、クライアントの行動の機能的な変化のプロセスに焦点をあてた、機能的文脈主義に基づくアプローチが広がりを見せている。そして、行動の機能的な変化のプロセスを検証するために必要とされるのが、行動の継続的な測定である。時間的密度の高い継続的な測定は、文脈の変化に敏感であり、個性記述的に有用であることから、臨床行動分析を含めた文脈的行動科学 (Contextual Behavioral Science; CBS) のフィールドにおける研究のタスクフォースに挙げられている (Hayes et al., 2021)。

行動の機能を検証するための手続きとして、応用行動分析のフィールドでは、機能分析が古くから行われてきた。従来の機能分析では、行動の機能を要求、逃避・回避、注目、感覚の4種類の直接的な随伴性に限定し、再現性の問題を解決しようとした。臨床場面における従来の機能分析の有用性を示した研究もあるが (Ghaderi, 2006; Hurl, Wightman, Haynes, & Virues-Ortega, 2016)、その一方で、象徴的な関係が行動を支配する場合に、直接的な行動の随伴性だけでは行動の複雑性を分析するには不十分であることや、個々の機能分析の実施に時間がかかることも指摘されるようになった (Belisle, Stanley, & Dixon, 2017; Follette, Naugle, & Linneroth, 1999; Hayes, Long, Levin, & Follette, 2013)。

そのため、近年では行動の機能的な変化のプロセスを測定するための新しい方法が提案されている。その一つが、個人の日常生活における行動、認知、感情を、モバイル機器等を使い、関連する出来事が生じた際や特定のサンプルポイントにおいてリアルタイムに収集する測定システムである、生態学的瞬間評価 (Ecological Momentary Assessment; EMA) である。生態学的瞬間評価は、クライアントの生活の中で、標的とする反応をリアルタイムに高頻度で測定できるため、正確で妥当性の高い多数のデータを容易に収集でき、行動の機能的な変化に関する推定をより正確なものにするため、その活用が推奨されている (Bentley et al., 2019; Hayes et al., 2019; Hayes et al., 2021)。また、その他に

も推奨されている方法として、セッション中におけるクライアントの行動のコーディングに基づく変化のプロセスの調査 (Luedke, Peluso, Diaz, Freund, & Baker, 2017) や、社会的・心理的・生理学的側面などを含めた多次元的な測定 (Hayes et al., 2021) などが挙げられる。さらに、最近では ACT における継続的で直接的な機能的アセスメントのステップも提案されている (Sandoz, Gould, & DuFrene, 2021)。このように、行動の機能に関する測定を行うための新たな方法が続々と提案されているが、より正確で実用的な機能の測定方法としては、まだ発展途中の段階であり、今後のさらなる開発が期待されている (Hayes et al., 2021)。

以上のように、臨床領域において行動の形態から機能へと焦点を移行させる必要性が主張されており、そのための測定方法が開発されつつある。そして、臨床行動分析による介入を通して獲得が期待される行動の機能として、「正の強化をもたらすこと」が挙げられる。臨床行動分析の特徴に、「症状の介入を超えてクライアントの人として生きる機能を高めること」や、「(クライアントの) 価値を積極的に扱うこと」が含まれるが (三田村, 2017)、これはクライアントが価値を置く体験に沿って行動することにより、正の強化を受ける機会が増え、行動がさらに自発されるようになることを意味すると考えられる。Skinner (1979) が対人支援において「正の強化子が結果としてもたらされたがゆえに行動する」文脈を強調したように、行動を結果事象との関係から機能で捉え、クライアントに正の強化をもたらす機能をもつ行動が増えるように支援を行うことが、クライアントの幸福を目指すために役立つと言える。

第五節 症状の低減から正の強化の焦点化へ

応用行動分析や臨床行動分析に基づいた介入を行う際には、介入の対象とする行動である「標的行動」を設定する。この標的行動を設定する際に重視される基準として、社会的妥当性の高さが挙げられる (Cooper et al., 2007)。社会的妥当性は、①設定される目標の社会的重要性、②介入方法の社会的受容度、③アウトカムとしての行動改善の社会的重要性の3点における妥当性の高さによって評価されるものである。標的行動の選択に関する社会的妥当性は、①設定される目標の社会的重要性に含まれるものであり、介入において設定される標的行動が、クライアントにとって社会的に重要なものであるかどうかを示すものである。

標的行動の社会的妥当性を評価する際に重視される基準の1つとして、「対象の行動が変化することによって、当該のクライアントにおける正の強化を受ける機会が増えること」が挙げられる。このような基準は、応用行動分析のフ

ィールドにおいて古くから主張されてきており、例えば Ayllon & Azrin (1968) は、「行動の適切性のルール」として、標的行動が、個人の日常環境において強化を生み出す可能性があるると判断できる時に、それを標的行動に選ぶべきであると主張している。また、Hawkins (1991) は、標的行動の潜在的な重要性は、ハビリテーションという文脈の中で判断しなければならないと提唱した。ハビリテーションとは、個人の行動のレパトリーが、本人と他の人々に対する短期的・長期的強化子を最大にし、短期的・長期的弱体化子を最小にすることを指す。Hawkins は、ハビリテーションを促す標的行動を選ぶことに最大の重要性を与えなければならないと主張している。

また、Cooper et al. (2007) は、「標的行動の候補となる行動の社会的な重要性を評価するためのワークシート」として、社会的な重要性の高い標的行動を選択するための Table 1 のような基準を設けている。

Table 1 社会的な重要性に関する基準	
①	その行動は、介入が終わった後のクライアントの日常環境の中で強化を生み出す可能性があるか。
②	その行動は、より複雑で機能的なスキルに必須の前提技能か。
③	その行動は、その人が他の重要な行動を獲得し応用できる環境への接触を増大させるか。
④	その行動を変えることで、ほかの人々がより適切で支援的な方法で関わってくれる素地がつくられるか。
⑤	その行動は、行動カスプあるいは基軸行動か。
⑥	その行動は、年齢相応か。
⑦	クライアントのレパトリーからこの行動を減らしたり除去したりすることを標的とするときは、必ず望ましい適応的行動を選び、それに置き換えなければならない。
⑧	その行動は、実際の問題や達成ゴールそのものか、それとも間接的に関係しているだけか。
⑨	それは「ただの話」か、それとも実際の行動か。
⑩	ゴールそのものが具体的な行動でないならば、その行動はその達成に役立つか。

Note 標的行動の候補となる行動の社会的な重要性を評価するためのワークシート (Cooper et al., 2007)

このワークシートを使う際、使用者はこれら 10 個の質問に対し、「はい」「いいえ」「わからない」で回答し、それぞれに根拠を記述する。それを通して、使用者は対象の行動の社会的な重要性を評価する。もともと、ここで社会的な重要性が高いと評価された行動が、必ずしも正の強化を受ける機会を増やすと

は限らないため、実際に正の強化を受けているかどうかは、選択した標的行動を継続的に測定し、生起頻度等が増えているかどうかを確かめる必要がある。

このワークシートに含まれる項目からもわかるように、応用行動分析では、クライアントが正の強化を受ける機会が現在、そして将来的に増えることを重要な基準として、標的行動を設定することが求められている。また、問題と判断された行動を減らす場合にも、問題行動を減らすだけに留まらず、代替りの行動として機能する望ましい行動を形成することで、正の強化を受ける機会を確保していくことが重要とされている。

一方、精神科臨床における主要な心理的アプローチの1つである認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy; CBT) では、例えば抑うつや不安等に関する質問紙等、症状の範囲や強さに関する質問紙を主な指標として、症状の低減に焦点化して介入が行われてきた。実際に CBT は、抑うつや不安をはじめとして、多くの精神疾患症状の低減に対して有効であることが示されている (Cuijpers et al., 2013; Hofmann & Smits, 2008)。CBT において症状の低減に焦点があてられるのは、症状が無くなれば自ずと生活の質が向上するだろうという見方に基づいていると考えられ、実際に CBT が症状の低減だけでなく、生活の質の向上にも有効であったことを示した研究もある (Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose, & Craske, 2012)。その一方で、症状の程度や頻度の低減が、社会的機能の改善や生活の質とは緩やかにしか相関していないことも報告されている (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011)。

一方、臨床行動分析では、不快な感情や思考といった私的事象を制御しようとすることは、長期的に見れば当の体験の頻度と強さを高め (Wenzlaff, & Wegner, 2000)、生きる空間を狭めることになることとされる (Hayes et al., 2011)。そして、クライアントが正の強化を受ける機会が増え、有意義な生活を送れるようになること、クライアントが症状の介入を超えて、人として生きる機能を高めること等に焦点を当てて介入を行うことが重要とされる (三田村, 2017)。例えば、臨床行動分析の代表格とされる ACT は、避けられない苦痛は受け容れながら、有意義で豊かな人生を切りひらくための心理療法と定義されるセラピーであり (Harris, 2009)、ACT の実践においては、クライアントが人生で大切にしたいことを意味する「価値」 (Harris, 2009) と、それに沿った行動を実行することが重視される。ACT では、そのような行動を実行した結果として伴う体験が、価値と言語的に関係づけられることで確立操作として機能し、正の強化子として行動を強化するようになり、結果的にクライアントが生活の中で正の強化を受ける機会が増大するとされる。

第六節 本博士論文の目的

ここまで述べたように、臨床行動分析では症状の低減だけでなく、クライアントが正の強化を受ける機会を増やすことが重視されているが、臨床行動分析の実践研究において、クライアントの標的行動を、行動指標を用いて測定した研究は少ない。また、クライアントの症状ではなく、「正の強化をもたらす」機能に焦点化して標的行動と行動指標を設定し、測定した研究は非常に少ない（瀬口, 2020b）。そこで第二章では、正の強化に焦点化した標的行動の選択には臨床的にどのような有用性があるかについて、6つの実践研究（Table 2の実践研究 1~6）をもとに質的に分析して検討する。

また、クライアントの反応を多面的に測定することの有用性が報告されているが（Kazdin, 1985; Newsome et al., 2019），これまで正の強化の機能をもつ標的行動を複数の次元で測定した研究は見当たらない。クライアントの手洗い行動を測定した際、手洗いの頻度に変化がなくとも、手洗いの持続時間には減少がみられる場合があるように、複数の次元で行動を測定することは、介入の効果を検討する際に有用な場合があると考えられる。そこで第三章では、2つの実践研究（Table 2の実践研究 7~8）をもとにして、正の強化の機能をもつ標的行動を複数の次元から測定することに、臨床的にどのような有用性があるかについて検討する。

本博士論文では、8つの実践研究をもとにして、臨床場面においてクライアントの標的行動を選択する際に、正の強化に焦点化した標的行動の選択がどのように有用であるのか、そして、その標的行動を測定する際に、行動を複数の次元において継続的に測定することがどのように有用であるかについて、質的に分析して検討することを目的とする。

Table 2 第二・三章で扱う実践研究一覧

分類	番号	事例主題
症状に焦点化した 標的行動の選択を 行った実践研究	実践研究 1	不潔恐怖を示す女性の事例
	実践研究 2	家族への暴言により入院となった男性の事例
	実践研究 3	音声チックを主訴とする女性の事例
正の強化に焦点化した 標的行動の選択を 行った実践研究	実践研究 4	加害恐怖のある高齢女性の事例*
	実践研究 5	名前を強迫的に思い出そうとする男性の事例**
	実践研究 6	失神症状を示す不登校の高校生の事例**
複数の次元で標的行動 を測定した実践研究	実践研究 7	パニック症により単独での外出が困難となった女性の事例***
	実践研究 8	失禁恐怖により車の運転が困難となった女性の事例****

(*注 1 : 行動分析学研究 (2020) 第 35 巻に掲載)

(**注 2 : 2020 年度 ACT Japan 年次ミーティングにて発表)

(***注 3 : 認知行動療法研究 (2020) 第 46 巻に掲載)

(****注 4 : ACBS World Conference 16 Montreal, Canada (2018)にて発表)

第二章

正の強化に焦点化した標的行動の選択と 症状に焦点化した標的行動の選択

第一節 問題と目的

従来の CBT では、強迫行為の軽減や、不安・抑うつ症状の低減を主な目的として介入および効果検証が行われることが多かった (Cuijpers et al., 2013; Hofmann & Smits, 2008)。これらは、問題や症状の軽減のためには有用であったと考えられる。しかし、その一方で、問題や症状に焦点化して標的行動を選択し、行動測定を行ったのでは、当該クライアントが正の強化を受ける機会が増えたのか、そして、生活の質が向上したのかについて評価することはできない。正の強化を受ける機会の増加や、クライアントにとっての価値に沿った生活の実現の重要性が指摘されていることから (Hayes et al., 2011; 瀬口, 2020b), 正の強化に焦点化した標的行動の選択が必要であろう。

しかし、これまで臨床場面において、正の強化に焦点化した標的行動の選択をどのような臨床判断にもとづいて行ったのか、そして正の強化に焦点化して標的行動を選択し、測定することにどのような臨床的意義があるのかについて、実践研究をもとに示した研究報告は見当たらない。正の強化に焦点化した標的行動の選択と測定の臨床的意義について議論するためには、その特徴を明確にするために、症状の軽減に焦点化して標的行動を選択して測定を行った実践研究と比較することが有用であると考えられる。

そこで本章では、まず精神科クリニックでの自験例から、症状に焦点化して標的行動を選択して測定を行った 3 つの実践研究を挙げる。これら 3 つの実践研究を選択した理由は、いずれもクライアントの行動を直接観察して測定を行うか、あるいは録音をするなどして、標的行動に関する情報の正確性が高いと判断したためであった。

次に、正の強化に焦点化して標的行動を選択して測定を行った 3 つの実践研究を挙げる。これら 3 つの実践研究の選択理由は、いずれもセッション中にクライアントの行動を直接観察したり、あるいは買い物時のレシートといった産物を利用するなどして、標的行動に関する情報の正確性が高いと判断したためであった。本章では、症状に焦点化して標的行動を選択した実践研究と、正の強化に焦点化して選択した実践研究を比較することで、正の強化に焦点化する

ことに臨床的にどのような意義があるかについて、質的に検討することを目的とする。

第二節 方法

本節では、「症状に焦点化して標的行動を選択した事例」（実践研究 1～3）と、「正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例」（実践研究 4～6）を挙げ、それらの実践における標的行動の選択と行動測定の結果を質的な研究手法によって比較する。「症状に焦点化して標的行動を選択した事例」とは、クライアントが主訴とする精神疾患の症状を軽減することを目的として、介入の対象とする標的行動を選択した事例である。「正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例」とは、クライアントが日常生活で正の強化を受ける機会を短期的・長期的に増大させることを目的として、介入の対象とする標的行動を選択した事例である。

【比較方法】

最初に、実践研究 1～3 として、症状に焦点化して標的行動を選択した 3 つの実践研究を概説する。次に、実践研究 4～6 として、正の強化に焦点化して標的行動を選択した 3 つの実践研究を概説する。その後、ケース・マトリックス（岩壁，2010; Miles & Huberman, 1984; 佐藤，2008）を用いて、6 つの実践研究における「主な症状」，「標的行動（行動指標）」，「標的行動の選択の理由」，「測定から得られた情報」の 4 項目について比較し、それぞれの特徴を検討する。ケース・マトリックスとは、複数の事例から得られたデータを、コードごと、または時間的枠組みを軸にして比較するための表のことであり、データのパターンや特徴を見出すためのものである。ケース・マトリックスにおいて比較を行う 4 項目は、著者が研究の目的に基づき設定したものであり、「主な症状」，「標的行動（行動指標）」，「標的行動の選択の理由」の 3 項目は、各事例においてどのような主訴から、どのような臨床判断を経て当該の標的行動を選択したのかについて明確にするためであり、「測定から得られた情報」は、当該の標的行動の測定の結果が、臨床的にどのように役立ったかを明確にするためであった。

【実践研究概要】

実践研究 1～3 は、症状に焦点化して標的行動を選択した事例であった（それぞれの実践研究の詳細は「資料」に掲載している）。

実践研究 1：不潔恐怖を示す女性の事例

この事例では、汚れが家に広がることを恐れ、過剰な手洗いやウェットティッシュの使用を示す 50 代女性のクライアントに対し、手洗いやウェットティ

ッシュの使用を標的行動として設定し、手洗いの持続時間やウェットティッシュの使用枚数を測定し、介入を行った。

実践研究 2：家族への暴言により入院となった男性の事例

この事例では、家族や病棟スタッフ、他患に対して攻撃的な態度を示す、入院中の 30 代男性のクライアントに対し、怒鳴ることや大声をあげることを標的行動として設定し、怒鳴ったり大声をあげたりした頻度を測定し、介入を行った。

実践研究 3：音声チックを主訴とする女性の事例

この事例では、激しい咳払いのような音声チックを示す 20 代女性のクライアントに対し、大学の講義中に音声チックを行う行動を標的行動として設定し、大学の講義時間中にチックを行った頻度を録音して測定し、介入を行った。

実践研究 4～6 は、正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例であった。

実践研究 4：加害恐怖のある高齢女性の事例

この事例では、他者に菌をうつしてしまう恐怖を抱えて素手で外のものに触れない 70 代女性のクライアントに対し、スーパー等の店内に入店する行動、スーパー等の商品を素手で手に取る行動、新聞を読む行動、一人で自宅からスーパー等に行く行動、家族や親戚、お客様相談センターに確認の電話をする行動を標的行動として設定した。そして、スーパー等に入店した頻度、購入した商品の数、新聞を読んだページ数、一人でスーパー等まで行けた頻度、確認の電話をかけた頻度を測定し、介入を行った。

実践研究 5：名前を強迫的に思い出そうとする男性の事例

この事例では、人の名前や植物の名前、曲の名前などについて、すぐに思い出せないと強迫的に思い出そうとし続ける 60 代男性のクライアントに対し、畑作業をする行動、ラジコンを使う行動、ラジオや音楽を聴く行動、思い出せないことをインターネットで調べる行動を標的行動として設定し、いずれも頻度を測定して介入を行った。

実践研究 6：失神症状を示す不登校の高校生の事例

この事例では、登校や自宅で勉強をすると、失神症状を示す 10 代男性のクライアントに対し、教科書を読む（書き写す）行動を標的行動として設定し、教科書を読んだ（書き写した）持続時間を測定して介入を行った。また、両親にはクライアントの失神頻度を報告してもらった。

実践研究 1 から 6 における標的行動と行動指標の比較

実践研究 1 から 6 における主な症状，標的行動（行動指標），標的行動の選択の理由，測定から得られた情報について，ケース・マトリックスを用いて比較する（Table 3, Table 4）。

Table 3 実践研究 1 から 3 の行動測定に関するケース・マトリックス表

	実践研究 1	実践研究 2	実践研究 3
主な症状	汚れが家に広がることへの不安と，過度な手洗いやウェットティッシュの使用。	家族や他患，病棟スタッフの言動に対して，怒鳴ったり大声をあげたりすること。物の配置等に関する強迫行為。	激しい咳払いのような音声チック。
標的行動（行動指標）	手洗い行動。 （手洗いを行った持続時間） ウェットティッシュで拭く行動。 （ウェットティッシュの使用枚数）	他者に怒鳴る，または大声をあげる行動。 （怒鳴ったり大声をあげたりした頻度）	チック行動。 （大学の講義中にチックが生じた頻度）
標的行動の選択の理由	クライアントが，手洗いやウェットティッシュを減らすことを希望したため。過度な手洗いそのものが負担だったため。また，手洗いの持続時間やウェットティッシュの枚数が，一般的な水準と比べて過剰であると考えられたため。	クライアントが怒鳴ることや大声をあげることを減らすことを希望したため。また，クライアントの家族を怖がらせずに生活できるようになるには，怒鳴る行動を減らす必要があると判断したため。	クライアントがチック症状を減らすことを希望したため。また，講義中のチックの録音を確認した結果，チックの音量が大きく，他者から否定的な注目を受ける可能性があるためと判断したため。
測定から得られた情報	ベースライン期において，クライアントの手洗い時間やウェットティッシュの使用枚数が，一般的な水準と比較して過剰であることが示された。介入期の測定を通して，クライアントの手洗いやウェットティッシュの使用といった行動が減少したことが示された。	ベースライン期において，クライアントが他患やスタッフに怒鳴ることがあることが示された。介入期の測定を通して，他患や家族といった他者に怒鳴る行動が生起しなくなったことが示された。	ベースライン期において，クライアントが講義中に，一般的な咳払いよりも大きい音量で音声チックを行っていることが示された。介入期の測定を通して，大学の講義中のチック症状の頻度や音量が減少したことが示された。

Table 4 実践研究 4 から 6 の行動測定に関するケース・マトリックス表

	実践研究 4	実践研究 5	実践研究 6
主な症状	菌を他人にうつすことへの不安と、素手で公共の物に接触することの回避や確認行為。	人の名前や植物の名前を思い出せない、気持ち悪さを感じ、思い出すまで長時間考え続けたり、調べ続けたりする強迫行為。	登校や勉強に取り組もうとすると、生じる、下痢や嘔吐、失神。
標的行動 (行動指標)	店内に入店する行動。 (入店した頻度) 商品に触れる行動。 (購入した商品の数) 新聞を読む行動。 (新聞を読んだページ数) 一人で自宅からスーパー等に行く行動。 (スーパー等に行った頻度) 確認の電話をする行動。 (電話をかけた頻度)	畑作業を行う行動、ラジコンをする行動、ラジオや音楽を聴く行動。 (いずれも実行した頻度) インターネットで思い出せないことを調べる行動。 (インターネットで調べた頻度)	教科書を読む(書き写す)行動。 (読んだり、書き写し続けたりした持続時間) 失神症状。 (両親から報告されたクライアントの失神の頻度)
標的行動の選択 の理由	クライアントが病前、買い物を好んで実行していたことが報告されており、また希望した治療目標が、「元々買い物が好きだったので、買い物に行って自分で新鮮な食材を選びたい」といったものであったことから、買い物行動の実行が正の強化を受ける機会を増やすことが期待できたため。 また、様々な商品を手に取って選べるようになることは、生活の質を向上させると期待できたため。 また、遠方に住む娘に買い物を頼む代わりに行動として望ましいと判断したため。 さらに、介入方法(曝露反応妨害法)の性質上、商品や新聞に触れる行為の増加が改善のために役立つと期待できたため。	クライアントが病前にこれらの行動を実行しており、クライアント自身が強迫行為に時間を費やす代わりに余暇に関する行動を再開することを希望していたことから、これらの行動が正の強化を受ける機会の増加を期待できたため。 また、本事例で用いた介入は曝露反応妨害法であったが、畑などに外出をしたり、ラジオを聞いたりすることは、植物の名前や曲名などを思い出せなくてもそのままにする、といった曝露反応妨害法を実行する機会として活用できると考えられたため。 また、余暇が増えたとしても、思い出せないことを調べる時間も増えてしまったのでは支援として不十分となるため、インターネットで調べる行動も副次的に標的行動として設定した。	クライアントが勉強に関連する書物を失神せずに読めるようになることが、高校卒業の資格取得や、その後の職業選択など、クライアントが希望する長期的な目標に近づくために役立つと考えたため。 また、本事例で用いたエクスポージャーを行う際に、教科書を読む(書き写す)行動が役立つと考えられたため。 また、失神症状の生起頻度を測定したのは、仮に勉強時間が伸びたとしても、その度に失神が生じていたのでは、勉強に習慣的に取り組むことが困難となると予測したため。
測定から得られた情報	ベースライン期において、クライアントは買い物に行くことも、店内に入ることもできていなかった。 介入期では、最初の介入では標的行動に変化は見られなかったものの、介入方法を修正したことで、標的行動が増加したことが示された。買い物行動の測定を通して、頻度の増加だけでなく、買い物に行けた店が増加したことや、素手で手に取って購入してきた商品の種類が増加したことが示された。このことは、標的行動との対立行動である「手袋を着用して商品に触れる」といった強迫行為や、「娘に代わりに買い物に行かせる」といった減らしたい行動の減少を示すものでもあった。	ベースライン期において、クライアントは希望した余暇活動を全く実行できておらず、一方インターネットで思い出せないことを調べる行動は頻繁に行われていることが示された。 介入期では、思い出せないままにするための曝露反応妨害法を通して、余暇活動に従事できるようになり、一方インターネットで思い出せないことを調べる頻度は減少したことが示された。	ベースライン期において、クライアントは教科書を読んだり書き写したりすることは全くできなかった。一方、失神症状は、学校や試験に関連する場面で生じていたことが示された。 介入期の測定を通して、クライアントは徐々に失神を伴わずに勉強に取り組めるようになった。また、クライアントは介入当初、勉強をしない日をつくることができず、必ず毎日勉強をしていたのが、徐々に勉強をすることも、しないことも選べるようになった。

第三節 結果

症状に焦点化して標的行動を選択した実践研究 1~3 を比較した結果、3つの事例がいずれも標的行動を「減らす」ことが目標となっていた。また、これらの標的行動を設定した理由は、「家族に怖がられないようにするため」「他者から否定的な注目を受けないようにするため」など、クライアントにとっての嫌悪的な事態を阻止するためとなっていた。これらの標的行動を測定して得られる情報は、介入を通して標的行動の頻度や時間が減ったかどうかや、標的行動の強度が弱くなったかどうか等を示すものであった。問題とされていた標的行動が軽減することは、クライアントが生活で抱える困難やトラブルの軽減を予測させるものであった。

一方、正の強化に焦点化して標的行動を選択した実践研究 4~6 を比較した結果、3つの事例がいずれも症状そのものではなく、症状の行動と同時に生起しにくい対立行動であり、かつ生活に役立つなど、短期的または長期的に見て好ましい結果が伴うことが期待できる行動であった。これらの行動は、「増やす」ことが目標であった。これらの標的行動を設定した理由は、クライアントから「できるようにになりたい」と述べられたことや、クライアントの職業選択といった長期的な目標の達成に近づくと考えられたことなど、クライアントにとって好ましい体験が伴うことが期待できたためであった。また、その行為を実行することが、結果的に曝露としても機能するなど、介入にも役立つと期待できたことも設定した理由であった。これらの標的行動を測定して得られる情報は、標的行動や時間、あるいは行動レパトリーの数が増えたかどうかを示すものであった。クライアントが「できるようにになりたい」と述べていた標的行動が増え、拡大することは、クライアントが生活で好ましい体験をすることの増加や生活機能の高まりを予測させるものであった。また同時に、症状の行動と対立する標的行動が増加を示すことは、症状の行動の軽減を予測させるものでもあった。

第四節 考察

本研究の結果から、正の強化に焦点化した標的行動の選択を行うことには、次に考察するような3つの意義があると考えられる。

第一の意義として、正の強化に焦点化した標的行動の選択は、クライアントの有意義な生活の実現に役立つことが挙げられる。この選択では、クライアントの希望する生活に関する目標や、価値を置く体験、嗜好等といった個人差に基づいて行動指標を設定することとなる。実践研究 4 で言えば、買い物を楽し

める生活がクライアントの希望した目標であったことから、買い物行動が設定された。実践研究5では、強迫行為ではなく、余暇を充実させて楽しめるようになりたいと希望され、余暇活動が標的行動に設定された。実践研究6では、進学や保育士といったクライアントの長期的な目標に近づくために、勉強に取り組む行動が設定された。このことは、標的行動の増加そのものが、介入目標や価値を置く体験に近づく一歩となるため、標的行動の増加がクライアントにとっての有意義な生活に近づく可能性を意味することとなる。ACTに代表される臨床行動分析においては、クライアントにとっての価値に関係する行動を増やし、さらにその行動レパートリーを拡大させることが重要視されるが、正の強化に焦点化した標的行動の選択が、クライアントにとって有意義な生活を拡大させていくために役立つのであれば、正の強化に焦点化した標的行動の選択は臨床行動分析において重要な役割を果たすものであると言える。

これに対し、症状に焦点化した標的行動の選択では、問題やトラブルの軽減そのものは把握することができるが、問題やトラブルの軽減が有意義な生活と同義ではないため、結果的にクライアントが有意義な生活を送れるようになったかどうかは不明確なままとなってしまう。実践研究1では、クライアントの洗浄行為は減ったことが示されたが、その結果クライアントが生活の中で好ましい体験をすることが増えたかどうかは不明確であった。実践研究2では、介入を通して他者に対するクライアントの怒鳴る行動は減少したが、それが他者や家族との望ましい関わりの増加を示すわけではないため、「他者に怒鳴りはしなくなったが、他者と関わること自体も減った」という結果となっていた可能性も考えられた。実践研究3では、音声チックの頻度や強度は減少したが、クライアントは相変わらず他者から否定的評価を受けないかを気にして、対人関係に困難を感じたままである可能性も考えられた。洗浄行為や怒り、チックは、いずれもクライアントが主訴として述べた問題ではあるが、そのような問題が減少したとしても、その結果がクライアントにとって社会的妥当性の高い、有意義な生活を送れるようになったことを必ずしも意味するものではないだろう。

第二の意義として、正の強化に焦点化することは、クライアントの自発的な努力(Daniels & Rosen, 2004)を生み出し、ただ生活上の問題を解決させるだけでなく、解決した後も、より好ましい体験に向けて行動が生起し続けることが挙げられる。実践研究4において、不安で買い物に行けないと述べていたクライアントは、介入を通して買い物時の不安が軽減した後も、著者に指示されることもなく、自ら様々な商品を手にとって購入したり、買い物に行く店を増やしたりするなど、行動レパートリーを拡大させていった。実践研究5では、クライアントは介入を通して人の名前や植物の名前を思い出せないままにできる

ようになったが、主訴が解決された後も、畑に行ったり、ラジオや音楽を聴いたりといった余暇活動は持続された。実践研究6では、勉強に取り組んだ際に腹痛や嘔吐、失神といった症状が生じなくなった後も、クライアントは自身の進学や職業に関する目標に向けて、勉強に取り組み続け、自ら勉強をする時間や科目数を増やしていった。もし実践研究4~6のクライアントの標的行動が、正の強化ではなく、症状の軽減といった負の強化によって維持されていたとしたら、症状が消失した時点で強化が生じなくなるため、このような標的行動の持続や拡大は生じなかったと考えられる。

一方、症状に焦点化することは、曝露の実行といった介入のための行動を、症状の軽減といった負の強化によって維持することになるため、症状が消失した場合、介入のための行動は消去事態に置かれることになる。実践研究1では、クライアントは曝露を実行することで、汚れに対する不安感を軽減させたが、軽減後は曝露が実行されることが減り、徐々に強迫行為はわずかだが増えていくこととなった。実践研究2や3では、改善後の介入行為の実行頻度については不明確であるが、主訴であった問題がある程度軽減することで介入行為の実行はされなくなり、介入行為が再発予防や、より有意義な生活のために活用され続けた可能性は低いと考えられる。介入のための行動を、単に症状の軽減だけでなく、むしろクライアント本人にとって望ましい生活をつくり、広げていくことを目的とするものと考えれば、症状に焦点化した標的行動のみを設定した支援は、支援として不十分となる可能性が考えられる。

第三に、正の強化を受けることが期待できる行動の中で、症状の行動に対する対立行動にあたる行動を標的行動として選択することで、その標的行動の変化が、正の強化を受ける行動の増加だけでなく、対立する症状の行動の減少も示すことが挙げられる。実践研究4では、クライアントは買い物を避けて、娘に買い物に行かせたり、外出時は手袋を着用したりといった回避行動をすることが報告されていたが、実践研究4で設定した標的行動は、自ら買い物に行き、素手で商品を手に取って購入するというものであった。この標的行動は、クライアントが正の強化を受ける機会を増やすとともに、回避行動と同時に成立し得ない対立行動であったことから、標的行動の増加は、クライアントの回避行動の減少を意味していた。実践研究5では、クライアントは余暇活動を行うことを避けて、自宅にこもり、強迫行為に時間を充てていたが、実践研究5で設定した標的行動は、余暇活動を実行する行動であった。この標的行動は、クライアントが余暇を通して正の強化を受ける機会を増やすとともに、自宅にこもって強迫行為を行うこととは対立行動にあたるものであった。そのため、標的行動の増加は、クライアントの強迫行為の減少も示すこととなった。

一方、症状に焦点化して標的行動を選択すると、先述の通り、症状の行動の軽減は把握できるものの、正の強化を受ける機会を増やす行動の増加は不明確なままとなる。そのため、正の強化を受ける行動の中で、症状の行動と対立行動にあたる行動を標的行動として設定することは、症状に焦点化した標的行動のみを設定するよりも、クライアントの行動の変化を広く把握し、仮説の生成や検証をするために有用であると考えられる。

ただし、本研究の結果から考えられる課題として、正の強化に焦点化した標的行動を設定するだけでは、その行動と対立行動には位置しない症状の行動の変化を把握することができないことが挙げられる。クライアントが示す症状は、多くの場合広範に生じており、必ずしも正の強化に焦点化した標的行動と同じ場面で生起するものばかりではない。そのため、症状の変化そのものに関心があり、症状について広く把握したい場合には、症状に焦点化した行動を標的行動に設定し、測定したほうが正確に把握できる場合もあるだろう。しかし、臨床場面におけるクライアントの多くは、生活上の困難を抱えて来院する。そのため、クライアントの症状そのものに関心がある場合であっても、正の強化に焦点化した標的行動を測定し、生活の望ましい変化を把握しながら、同時進行で症状に焦点化した標的行動を測定し、症状の程度を把握していくことが望ましいと考えられる。

本研究の限界として、本研究で扱った事例数が6事例と限られたものであり、また診断の種類も限られたことが挙げられる。臨床場面ではさまざまな診断や問題のあるクライアントが来院することから、正の強化に焦点化した標的行動の設定が、他の疾患等を抱えるクライアントに対しても有用であるかどうかに関しては、さらなる実践研究の蓄積が必要である。

第三章

複数の次元での行動測定

第一節 問題と目的

前章では、正の強化に焦点化した標的行動の選択の有用性について、複数の実践研究を比較することで質的に検討した。本章では、正の強化に焦点化して選択した標的行動を複数の次元から測定することにどのような有用性があるかについて検討する。

臨床場面において、介入の効果を測定する際には、クライアントの反応を多面的に測定することが望ましいとされる (Kazdin, 1985; Newsome et al., 2019)。多面的な測定を行うことが望ましい理由としては、単一の方法で測定することによるバイアスの問題を回避するためであり、多面的に測定を行うことで、クライアントが日常で経験している問題を測定が包含する可能性を高めることが挙げられている。

行動測定に用いた指標が、クライアントが日常で経験している問題を反映するかどうかに関しては、これまでも様々な議論が行われてきており、例えばソーシャルスキル訓練 (Social Skills Training; SST) におけるロールプレイ場面での行動の変化と、日常場面における行動の変化との関連の無さや (Bellack, 1979; McNamara & Blumer, 1982)、標的行動を評価する場面の特徴によって、日常の問題を反映しなくなる場合があることが指摘されている (Kazdin, 1985)。

このような、標的行動を測定する場面に関する妥当性の問題が、行動測定における次元の選択に関しても当てはまる (瀬口, 2020a)。行動の次元とは、行動において測定することができる基本的な性質のことであり、行動の再現性を示す反応率や頻度、行動の時間的広がりを示す持続時間、行動の時間上の場所を示す反応潜時や反応間時間、行動の定義的測度を示す、強度やトポグラフィなどが挙げられる。臨床場面では、クライアントが当初の主訴とは異なる問題を報告するケースが多く (Kazdin, 2019)、単一の標的行動の測定だけではクライアントの抱える問題の変化を包含することは困難かもしれない。第二章で挙げた「加害恐怖のある高齢女性の事例」では、クライアントが買い物に行く行動について、店まで行く行動、店内に入る行動、商品を手にとって購入する行動で区別して測定した。このことは、買い物を構成する複数の行動のうち、どの行動がどこまでできているのかを正確に把握し、必要な介入を判断するため

に有用であった。また、同一の行動であっても、測定が単一の次元（頻度、持続時間、反応潜時、強度等）のみの場合には、測定値がクライアントの日常の問題の変化を反映しにくい場合がある。例えば、過度な手洗いが問題のクライアントの手洗い行動を、頻度のみによって測定した際、仮に頻度が減少したとしても、1回あたりの持続時間が伸びている場合がある。このような場合には、頻度の減少は症状の改善を意味しない可能性がある。

これまで、臨床行動分析のフィールドにおいて、クライアントの複数の標的行動を継続的に測定した実践研究は報告されているが（坂野・武藤・酒井・井福，2016），単一の標的行動を複数の次元から測定した実践研究は報告されていない。

そこで本章では、正の強化に焦点化して選択したクライアントの標的行動を複数の次元から測定した2つの実践研究を挙げ、その行動測定にどのような有用性があるか検討することを目的とする。

第二節 方法

本節では、クライアントの標的行動を複数の次元から測定した実践研究として、パニック症により単独での外出が困難となった女性の事例（瀬口，2020a）（実践研究7）と、失禁恐怖により外出が困難となった女性の事例（実践研究8）を挙げる。

実践研究7. パニック症により単独での外出が困難となった女性の事例

【クライアント】

クライアントは、30代の女性であり、専業主婦であった。主訴は、「何をするにも不安がおそってくる」というものであった。主治医の診断は、抑うつ症状を伴ったパニック症であった。初回セッション時の処方は、パロキセチン、レバミピド、アルプラゾラム（頓服薬）、加味帰脾湯、半夏厚朴湯であった。セッションの時間は1回約50分であり、実施頻度は1～2週間に1回であった。

【現病歴】

30歳の頃、夫とショッピングセンターに行った際に、店内で強いめまいを感じ、すぐに夫の運転で帰宅した。その後A病院を受診し、漢方薬を処方された。通院は継続しなかったが、働いているうちにめまいのことは忘れ、同じショッピングセンターにも行っていた。32歳で長女を出産し、娘と家の中で過ごす時間が増えた。同年11月頃、家で軽いめまいを感じるがあったが、自身では寝不足を疑う程度だった。後日、会社の健康診断のためにBクリニック

(内科)を受診した際、めまいのことを相談したところ、医師から「寝れば治る」と言われた。

しかしその翌日、朝食後に自宅で強いめまい、血の気が引くような感覚、動悸、息苦しさが生じ、立ってられず、父親にBクリニックに連れて行ってもらった。担当医からは「自律神経が乱れている」と言われ、抗不安薬を処方されたが、めまいは改善しなかった。C病院でMRIを受け、耳鼻科でも検査を受けたが、異常は見られず、心療内科を勧められた。この強いめまいを感じて以降、頭部が締めつけられるような不快感や動悸を感じるが増え、一人あるいは娘と二人で外出することを避けるようになった。また、家にいても頭のふらつきや耳鳴り、動悸、胸がソワソワする感覚、息苦しき等を感じるがあった。その後、近隣のDクリニック(精神科)を受診した。担当医からは「自律神経の問題で、産後の疲れである」といわれ、パロキセチンやロフラゼプ酸エチルを処方された。しかし改善が見られず、またDクリニックの待合スペースが暗いことが嫌で、それ以降は通院しなかった。家にこもる日が増え、体調の悪化について心配する時間が長くなり、意欲が低下し、中途覚醒が増え、食欲が低下した。33歳の頃、知り合いが出産後に自殺した。その後、「自分も自殺をしてしまうんじゃないか」と考えることが増えた。そして同年1月に、著者が勤務するE病院(精神科)を受診した。しかし、「自分が精神的におかしいはずはない。やはり体に異常があるはず」と考え、E病院も一度きりの受診で通院を中断し、再度Bクリニックを受診した。抗不安薬を服用したが改善しなかった。同年4月にE病院を再度受診した。主治医の指示のもと、同年5月から著者とのカウンセリングを開始した。

【症状・問題のアセスメント】

クライアントは病前、薬局で忙しく働き、休日は車を運転して友達に会いに行くなど、外出が多かった。しかし出産して2か月後に強いめまいを体験して以来、一人または娘と二人ではほとんど外出をしなくなった。アセスメント期のクライアントの記録によれば、家族が同行した外出はほぼ毎日していたが

(主に父親との散歩や、週末に夫の運転で買い物に行く等)、一人または娘と二人での外出頻度は、#1~2の1週間では0回、#2~3の1週間では1回(娘を抱えて家の前の畑を一周する)であった。スマートフォンの地図アプリを利用し、畑を一周したときの片道分の距離を計測したところ、歩行距離は約400mであった。

クライアントの口頭での報告によれば、一人または娘と二人で家から出かけようとする、頭が締めつけられる感覚や動悸、胸がソワソワする感覚等が生じた。特に頭の締めつけ感は、「また血の気が引くのではないか」「助けてもらえないのではないか」といった思考や回避的な対処を行うことを誘発する先

行刺激として機能していると考えられた。この回避的な対処とは、頓服薬を服用する、外出をやめて家でTVを観て過ごす、家族に運転を依頼する、肩や首に湿布を貼る、ミント系タブレットを食べる、といったものであった。クライアントの記録によれば、頓服頻度は#1~2が1日平均3.0回、#2~3が1日平均3.1回であった。また服用したきっかけの状況は、外出する直前、または家で過ごしている際に頭の締めつけ感や耳鳴り、動悸、胸のソワソワといった身体の不快感を感じたときがほとんどであった。頓服行動は、頭の締めつけ感が一時的に紛れるという負の強化によって維持されているようであった。さらに、この負の強化のパターンによって、頭の締めつけ感が、頓服といった回避的な対処を誘発する刺激性制御の機能を強めていると考えられた。

【生態学的アセスメント】

クライアントの居住区には畑や田んぼが多く、娘を連れて徒歩で行ける範囲には、駅やスーパー、薬局、保育施設等がない地域であった。

アセスメント期のクライアントの主な平日の過ごし方は、以下のようなものであった。8時30分頃に起床し、朝食を摂り、夫にメールを送った後、娘の世話や掃除、洗濯をする。昼頃に娘の離乳食を作って食べさせ、自身も昼食を作って食べる。午後になると、娘と横になりながらTVを観て、14時過ぎに母親が仕事から帰宅したら、母親に娘を預け、父親と家の前の畑周辺を1時間程散歩する。散歩から帰った後、母親がつくった夕食を家族と食べ、入浴等をし、23時30分頃に就床する。寝つくまでに1時間程かかり、寝ついた後も中途覚醒が2~3回ほどあった。一方、週末には夫の運転でスーパーやショッピングモール等に行き物に行くこともあった。

またクライアントは、家で一人または娘と二人きりになることを避け、両親もなるべくクライアントを家で一人にしないように予定を調整し、旅行などに行くことを控えていた。クライアントは、以前はよく一人でドライブや買い物に行くこと、友人に会いに行くこと等をしてしていたが、アセスメント期の段階ではそのような行動は見られなかった。

【家族・ソーシャルサポート】

夫、長女（6か月）、実父、実母、実祖母との6人暮らしをしていた。夫は会社員、実父と実祖母は無職、実母はパートをしていた。病前は友人と会うこともあったが、外出が困難になって以降は会うことは無くなっていた。

【クライアントが希望した介入目標】

クライアントに、著者から「もし頭の締めつけ感や不安に自分が振り回されずに生活できるようになったら、どんな生活を送りたいか」と尋ねると、クライアントは「自分のことは親に頼らずに、自分で自由に外出できるようになりたい。娘の成長につながることをしてあげたい」と述べた。また、具体的な目

標として、薬局の仕事を再開させ、自分の運転で通勤できるようになること、娘を子育て支援センターや保育園に連れていけるようになること、友達に会いに行けるようになること等を希望した。これらの希望を実現させ、クライアントの生活の質を向上させるためには、遠方まで車の運転ができるようになる必要があった。

【標的行動】

本事例における標的行動は、「一人または娘と二人で外出する行動」とした。理由としては、病前に働くことや友達と会うこと等の活動によって強化されてきたクライアントにとって、再び自由に外出ができるようになることは、クライアントが短期的・長期的に正の強化を受ける機会を増やし、希望する生活を送れるようになるために役立つと考えられたためであった。また、外出を通して正の強化を受ける機会が増えることは、抑うつ症状の改善にも役立つと考えられたためであった。

【行動指標】

本事例において、標的行動に関する記録は指定した記録シートを用いて、クライアントによる自己記録によって行った。自己記録の内容は、外出先、同伴者、外出手段、および頓服の服用頻度であった。また、記録された内容について、受診時にクライアントの家族に口頭で確認した。

本事例では、標的行動の変化を検討するために、以下の3つの次元で行動指標を設定した。

①一人または娘と二人で外出した頻度（一週あたり）これは、標的行動が介入を通して習慣化しているかどうかを評価するために設定した。本事例における介入では、頭の締めつけ感といった不快感の消去ではなく、不快感が外出行動に及ぼす影響を減じることを目的とした。また、不快感の有無に関わらず習慣的に外出ができるようになることは、就労や友達と会う等、スケジュール通りに外出することが求められる際に有用であると考えた。以上のことから、頻度を測定して標的行動が習慣化しているかどうかを判断することは、介入の結果の妥当性を判断する上で必要であると考えた。

②一人または娘と二人で家から離れられた距離（km）これは、標的行動がどの程度家から離れても持続するかを評価するために設定した。クライアントは家からの距離が離れるほど、「血の気が引くのではないか」「助けてもらえないのではないか」などと考え、不快感を感じ、家から離れることを避けていた。一方、本事例の介入では、そのような思考や不快感が行動に及ぼす影響を減じることを目的としていた。また、クライアントの居住区には近隣にスーパーや保育施設等が無く、友人も近隣には住んでいなかったため、そこまで行くには家から離れられる距離を伸ばす必要があった。以上のことから、家から離

れられた距離を測定することは、介入の結果の妥当性を判断するために必要であると考えた。尚、家から離れられた距離の測定には、記録内容にもとづいてスマートフォンの地図アプリを使い、家から外出先までの距離を測定した。

③一人または娘と二人で行くことができた場所の累積数 これは、標的行動が生起する場面の広がり进行评估するために設定した。クライアントは初めての場所に行くことや、慣れていない道を使うことに対しても、「血の気が引くのではないか」「助けてもらえないのではないか」などと考え、不快感を感じ、不慣れな場所に行くことを避けていた。一方、本事例では、それらの思考や不快感が行動に及ぼす影響を減じることを目指していた。また、クライアントは保育施設や職場、友達の家、買い物など様々な場所に自分で行けるようになることを希望していた。以上のことから、行くことができた場所の累積数を測定することは、介入の結果の妥当性を判断するために必要であると考えた。

【介入】

創造的絶望と心理教育（セッション3～6）

セッション3では、まずクライアントが頭部に不快感を感じたときに行う回避的な対処を挙げてもらった。そして、クライアントの夫と著者がトラの役を演じて、トラのメタファーを用いた創造的絶望のエクササイズ（Bach, & Moran, 2008）を行った。これは、吠えるトラを黙らせるために餌を与え続けることが、結果的にトラを大きく成長させ、トラがますます怖くなることをロールプレイで体験するエクササイズであり、頭部の不快感を回避すればするほど、不快感の強度や影響を強め、結果的に生活範囲を狭めてしまうことを理解してもらうためのエクササイズであった。

次に、価値に基づくエクスポージャーに関する心理教育を行った（Eifert & Forsyth, 2009）。具体的には、まず一人または娘と二人での外出など、「血の気が引くのではないか」「助けてもらえないのではないか」などと感じる行為を自ら進んで行い、そこで逃避・回避とは異なる行動を行っていくことで、徐々に頭の締めつけ感や不安を感じても振り回されずに行動できるようになることを、図を用いて説明した。次に、そのように行動できるようになることで、「親に頼らずに、自分で自由に外出できるようになる」「仕事を再開する」「娘が行きたがる場所に連れて行く」ことができるようになることについて説明した。また、この心理教育において、頭の締めつけ感や不安の消去を介入の目的とは設定せず、クライアントにはあくまで価値に沿って行動できるようになることを目的として説明した。理由としては、頭の締めつけ感や不安を消去することが目的であると説明することで、それらを無くすことにますますクライアントを固執させ、それらに影響を受ける傾向を強めてしまう可能性が考えられたためであった。

アクセプタンス (セッション 7~12)

セッション7では頭の締めつけ感がクライアントの行動に及ぼす影響を減じることを目的として、身体感覚を回避せずにあるのまま観察する、アクセプタンスのトレーニングを行っていくこととした。アクセプタンスとは、「刻々と変化していく体験に対して、意図的に開かれていて、受容的で、柔軟な、そして批判的ではない姿勢を自発的にとること」である (Hayes et al., 2011)。アクセプタンスを行うにあたり、まずはクライアントに頭の締めつけ感を感じる場所や動きを観察してもらった。クライアントは、頭の締めつけ感がこめかみ辺りの高さで頭部をぐるっと一周している感じだと説明し、「頭に輪っかをはめているような感じ」と述べた。そこで著者は、クライアントが用いた「輪っか」というメタファーを活用し、その輪っかが時間とともにどう変化していくかを、目を閉じて観察してもらった。クライアントは「ずっと頭にある。段々ギュッと締めつけてくる感じ」と述べた。著者はクライアントが不快感を避けずに、ありのまま観察できたことを称賛した。同様のトレーニングを自宅でも行ってもらい、頭に輪っかをはめたまま、胸のソワソワを感じたまま外出してみることを促した。

また、その際に目標とする外出先は、クライアントが自発的に希望し、かつ強化されやすいと思われた場所を優先して設定した。例えばそれは、娘の成長に関連する場所（子育て支援センター等）や、生活で欲しい物を購入できる店などであった。アクセプタンスのトレーニングについては、記録シートに記録してもらうこととした。

アクセプタンスと脱フュージョン (セッション 13~21)

セッション13では、思考がクライアントの外出行動に及ぼす影響を減じることを目的として、脱フュージョンのトレーニングを介入に追加した。脱フュージョンとは、「思考から自分を切り離し、あるいは思考から距離を置いて、思考が浮かぶも消えるも自由にさせること」 (Harris, 2009) である。クライアントには、まず家から離れる際に生じる思考がどのような物体、あるいは生き物のイメージかクライアントに尋ねた。すると、クライアントは過去に読んだ本を参考に、「怪獣のイメージ」と述べた。著者はクライアントのイメージをもとに、思考の怪獣と言い争うのではなく、連れて歩くことを体験する、体験的エクササイズを行った。そして、日常でも思考の怪獣を車に乗せて外出してみることを促した。また、アクセプタンスのトレーニングも継続して行うよう伝えた。

【介入の結果】

一人または娘と二人で外出する行動について

一人または娘と二人で外出する行動は、心理教育の結果、セッション4、セッション5において、頻度が週3回程度にまで増加した（Figure 1 上段）。

しかし、セッション6の時点で、行くことができた場所はベースライン期と同じ「家の前の畑を徒歩で一周」だけであり、車の運転は避けたままであった。また距離も片道400mほどのままであった（Figure 1 中段，下段）。

セッション7より、アクセプタンスのトレーニングを開始した結果、一人または娘と二人で外出できた頻度は、心理教育を行ったフェイズより増え、平均週4回程度となった（Figure 1 上段）。また家から離れられた距離は平均2km程度まで伸びた。行くことができた場所の累積数は、コンビニや100円ショップ、子育て支援センター、小児科など10カ所程度にまで増加し、E病院まで一人で運転して来院することもできた。いずれも自分で車を運転して行くことができた。クライアントから、「家を出る時に、頭の締めつけ感や不安はある。でも、頭の輪っかはそのままして、不安を助手席に置いておく感じにした。『置きましたっ』って言いながら横に置いて運転している」と報告された。著者はクライアントの自発的な実践やアイデアを称賛した。

またこの時期に、クライアントは主治医から、強い不安を感じることを防ぐ目的で、＜頓服薬は不安がなくても、毎日飲むように＞と指示されていた。そのためクライアントは指示通り、頓服薬を朝晩で2回服用していた。

セッション12の時点で、クライアントの外出の頻度や距離、行くことができた場所の累積数はいずれも増加していたが、距離は平均2km程で停滞していた（Figure 1 上段，中段，下段）。クライアントは、それ以上に家から離れようとすると血の気が引くことに関する思考が生じたため、行くことを回避していた。

しかし、セッション13より、日常でのアクセプタンス及び脱フュージョンを実践した結果、クライアントが一人または娘と外出した頻度は徐々に増加し、週末に夫と出かける日を除き、ほぼ毎日外出できるようになった（Figure 1 上段）。また家から離れられた距離は平均6km程度にまで増加した。クライアントは、「怪獣が出てきたら、またあいつがいる、とイメージした」「耳鳴りやソワソワ感も外に連れて行っている」と報告した。セッション17にて、以前働いていた薬局のパートに復帰することができ、出勤時に保育園まで娘を送迎もできるようになった。仕事への復帰後、外出距離はさらに伸びていき、外出距離は平均10km以上となり、行くことができた場所の累積数も27カ所にまで増加した（Figure 1 中段，下段）。クライアントは遠方の友達や親族に会いに行くことや、一人で外食に行くこともできるようになった。両親が旅行に行

って、家で娘と二人きりになっても、そのまま過ごせるようになった。クライアントは、「胸がソワソワしたり、頭が締めつけられても、そのままにできる。それを辛いとは感じなくなった」と報告した。

フォローアップ期（セッション 22～26）においても、クライアントは一人または娘との外出を維持しており、ほぼ毎日 1～2 回は車で出かけていた（Figure 1 上段）。薬局の仕事への出勤率は 100%を維持し、順調に働いていた。行くことができた場所の累積数は増加しており、14 kmほど離れたショッピングモールに一人で行くことや、遠方の友達に会いに行くこともできていた。外出時に頭の締めつけ感等が生じることはあるものの、そのことがクライアントの生活を抑制することはなかった。

また、頓服頻度は 1 日平均 1 回前後にまで減少していた。ただし頓服薬について、主治医から毎朝 1 回の服用を勧められていたため、指示通り服用している状況であった。

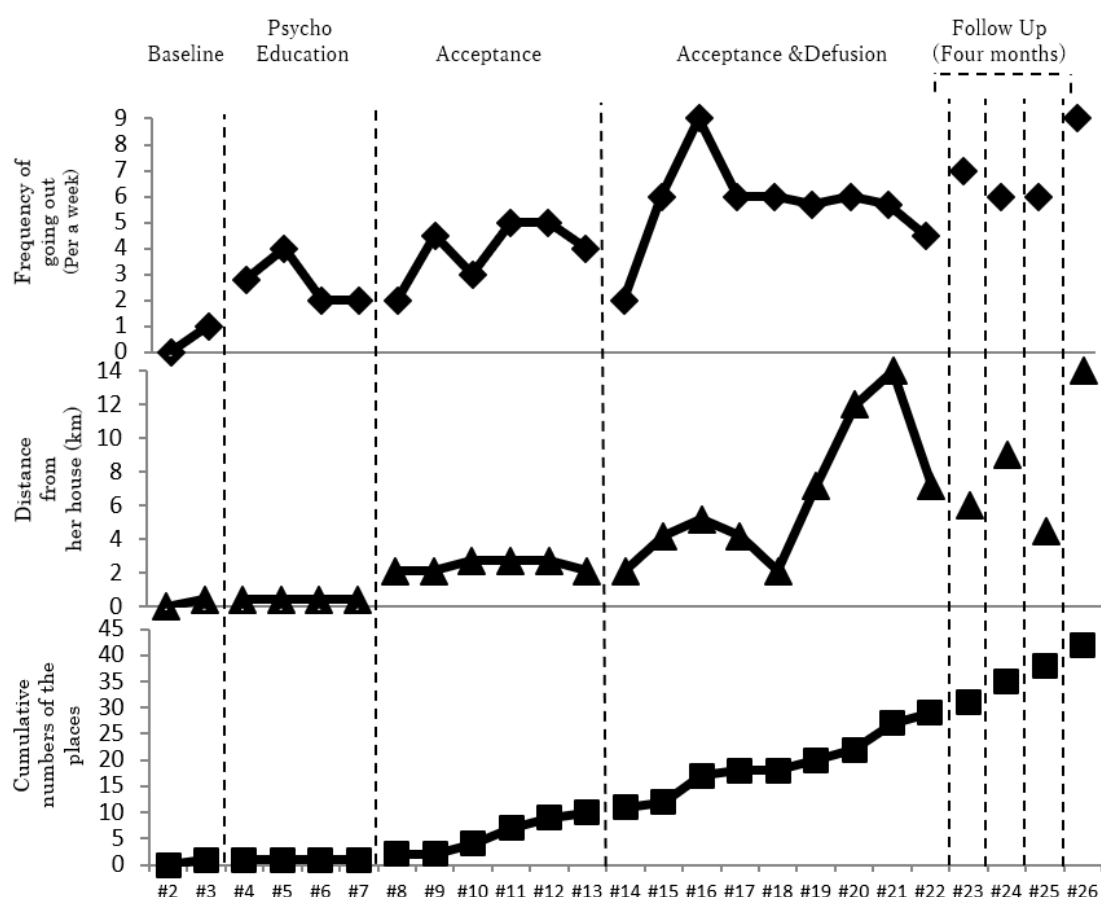


Figure 1 クライアントの行動の変化

(上段：一人または娘と二人で外出した頻度，中段：家から離れられた距離，
下段：行くことができた新規の場所の累積数)

実践研究 8. 失禁恐怖により車の運転が困難となった女性の事例

【クライアント】

クライアントは30代の女性であり、パート勤務をしていた。主訴は「車やトイレを怖がらなくなりたい」というものであった。主治医による診断は、パニック症であった。面接は1回約50分であり、約2週間から1か月半に1回の頻度で、クリニックの面接室において実施した。

【現病歴】

25歳の頃、出勤のためにトイレが車内に設置されていない満員電車に乗った際に、車内で尿を漏らさないか心配になり、一旦電車を降りて、駅のトイレに行った。トイレで排尿をした直後、下半身に力を入れたら尿がさらに少し出たので、尿が完全に出なくなるまで、何度もそのトイレで下半身に力を入れて排尿を試みた。それ以降、クライアントは外出する前や電車に乗る前に必ずトイレに行き、尿が完全に出なくなるまで、トイレの中で何度も排尿を試みるようになった。トイレから出てくるまでに時間がかかるようになった。

33歳の頃、一人暮らしをやめて実家で暮らすこととなった。実家の周辺は交通の便が悪かったため、生活のためには車の運転が必要となったが、クライアントは車を運転することができなかった。そのため近隣には自転車で移動していたが、自転車であっても家を出る前や目的地から帰る際には、トイレに行って排尿をした。また、家族が運転する車に同乗した際には、道中のコンビニエンスストアに寄ってもらい、トイレを利用していた。

36歳の頃、尿を漏らすことが心配になることについて、親族から通院を勧められ、A心療内科を受診して投薬を受けた。しかし、改善は見られなかった。37歳の頃、A心療内科が閉院となったため、B心療内科を受診した。そこでも半年ほど投薬を受けたが、改善は見られなかったため、通院を止めた。39歳の頃、友人の車に乗った際に、友人の車の中で尿をもらすのではないかと考え、強い恐怖や吐き気が生じたことがあった。このことから、クライアントは通院を再開することとした。同年、著者の勤務するC心療内科を受診し、投薬を受けた。翌月より主治医の指示のもと、著者とのカウンセリングを開始することとなった。

【症状・問題のアセスメント】

アセスメント期において、クライアントは普段車の運転を避けており、天候が悪くても仕事や買い物には自転車で移動するか、行くことを断念していることが報告された。また、息子から「公園に行きたい」「博物館に行きたい」などと求められても、車の運転ができないこと、外出前のトイレに時間がかかることを理由に、断っていることが報告された。クライアントの居住地は地方都市

であり、交通の便が悪かったため、車の運転ができない場合に、徒歩や自転車で日常的に行ける場所は限られていた。

アセスメント期の段階で、クライアントが実際にはどこまで運転ができるのかを確かめるために、セッション3において、著者からクライアントに「怖いと感じながらでもいいので、できるところまで運転をしてみてください」と伝え、記録シートを用いた自己記録を依頼した。その結果、セッション4にて、自宅の周りを1周することや、車で片道5分ほどのドラッグストアまでは運転できたことが報告された。ただし、クライアントによれば、「ドラッグストアまで運転した際に、尿を漏らすのではないかととても怖くなり、それ以降はまた運転ができなくなった」と報告された。運転した際に実際に尿を漏らしたことは無かったものの、それ以降のベースライン期における6週間は、一度も運転をすることができなかった。

また、セッション3にて、トイレに入ってから出てくるまでの時間を、携帯電話の時刻機能をもとに測定し、記録シートに記録するよう依頼した。その自己記録によれば、運転する前にトイレに入ってから出てくるまでの時間は6分～10分とのことであり、「あとで漏らしてしまうのが怖くて、尿が一滴も出なくなるまでトイレにいる」と報告した。クライアントの報告によれば、運転をする前は特に膀胱が重たく感じるため、トイレの中で、尿が全く出なくなって膀胱が軽く感じるまで何度も排尿を試みたり、「10秒経って尿が5滴落ちたから、1分経ったら・・・30滴も出る」などと計算をしたり、唾を吐いて体内の水分を出したり、落ち着かせるためにインターネットで見た自律訓練法を行ったりしていた。

以上の報告から、クライアントはトイレで何度も排尿を試みたり、車の運転を避けたりすることにより、外で尿を漏らす事態を阻止していると考えられた。ただし、ベースライン期においてクライアントが運転した際に、実際に尿を漏らしてしまう事態は一度も伴っていなかったにもかかわらず、クライアントは「運転をしたら、尿を漏らすかもしれない」と述べ、実際に車の運転を避けていた。このことから、クライアントは「車を運転すると尿を漏らす」というルールによる刺激性制御を受けることにより、運転を回避している可能性が考えられた。そのため、運転行動を増加させるには、介入を通して、尿を漏らすことに関するルールや膀胱の感覚が、クライアントの運転行動に及ぼす影響を減じる必要があると考えられた。

またクライアントは、「自分のせいで息子が行きたがる場所に連れて行けないことが辛い」と述べ、希望する介入目標として「息子が行きたがる場所に車で連れて行けるようになりたい」と報告した。実際にクライアントは、息子と

遊ぶ時間を日常的に設けたり、土砂降りの中でも自転車で息子の送迎を行ったりしており、息子のための活動は強化価値の高い活動であると考えられた。

【生態学的アセスメント】

クライアントは病院の清掃のパート勤務を週4日していた。仕事内容や職場での対人関係に問題は無かった。

クライアントの典型的な1日の過ごし方は、以下の通りであった。起床は6時頃で、朝食を作る等の家事を行い、息子を自転車で載せて保育園に送り、9時頃に自転車でパート勤務先に出勤する。14時頃まで働き、帰宅して昼食をとり、15時15分に自転車で保育園まで息子を迎えに行く。帰宅後、夕食を作るなど家事を行い、息子と遊ぶ。18時ごろ息子と夕食を食べる。22時頃夫が帰宅したら夫の夕食を出し、24時頃就寝した。寝つきや食欲は良好であった。

休日は、家族で家の中で過ごすことが多かったが、夫がいれば夫が車を運転し、助手席に同乗して出かけていた。数か月に一度は友人に会うことがあった。友人に会う際には、自転車で出かけるか、友人の車に乗せてもらっていた。

【標的行動】

本事例において、主な標的行動として設定した行動は、「車を運転する行動」であった。この行動を標的行動とした理由は、以下の通りであった。アセスメント期においてクライアントから報告された介入目標や、息子との関わり、生態学的アセスメントで得られた情報等から、クライアントが息子を喜ばせる体験は、クライアントが価値を置く、強化価値の高い体験であることが考えられた。そして、クライアントが車を運転できるようになることは、息子が行きたがる場所に息子を連れていけることにもつながり、結果的に車を運転する行動が強化されると考えられた。また、クライアントは仕事や買い物等の外出に自転車で行っていたため、土砂降りの雨が降った日には外出を断念するか、あるいは自転車でずぶ濡れになりながら行くことがあったため、車を運転できるようになることは、生活の利便性を生むと考えられた。以上のような判断に基づき、本事例では「車を運転する行動」を主な標的行動として設定した。

また、副次的な標的行動として、「運転する前にトイレに入った際に、トイレから出てくる行動」を設定した。これは、介入によって車を運転する行動が増えたとしても、それに比例してトイレにこもる時間（トイレに入ってから出てくるまでの反応潜時）が長くなったのでは、臨床的にあまり意味のある変化とは言えないと考えられた。そのため、介入を通して、運転が増加しているだけでなく、逆にトイレにこもる時間は減少していることを確かめる必要があると判断し、副次的な標的行動として設定した。

【行動指標】

「車を運転する行動」は、1週間あたりの頻度および行けた場所の数を指標とした。これは、クライアントが車を運転した際に、帰宅後クライアントによって記録シートに記入してもらい、その記録シートをセッションに持参してもらい、頻度や場所の数を数えて従属変数とした。頻度は、体調や気分等に関わらず、車の運転が習慣化されているかどうかを評価するために設定した。また、場所の数は、クライアントがトイレの場所をよく知っている目的地だけでなく、息子が行きたがる場所を含め、行ったことのない多くの目的地にも運転して行くことができるようになっているかどうかを評価するために設定した。

また、「運転前にトイレに入った際に、トイレから出てくる行動」は、トイレに入ってから出てくるまでの反応潜時を指標とした。これは、クライアントが車を運転するまでのおよそ1時間以内にトイレに入る際に、トイレの横の棚に携帯電話を置いてもらい、携帯電話の時刻機能をもとに、トイレに入った時刻と出た時刻を確認し、出てくるまでにかかった時間をクライアント本人に記録シートに記入してもらった。そしてその記録シートをセッションに持参してもらい、記録内容を従属変数とした。ただし、車を運転しなかった日は、当然、運転前のトイレの入室もないため、記録は無しとした。また、運転が1週間で複数回あった場合には、1週間あたりの反応潜時の平均値を算出して指標とした。

【介入】

ベースライン期において、著者からクライアントに、怖いと感じながら運転してみるよう伝え、クライアントに実際に車を運転してもらった。この手続きは、基本的には不安を訴えるクライアントに対して標準的に用いられる方法である、エクスポージャーの手続きであった。クライアントはベースライン期において、自宅の周りを周ることや、近所のドラッグストアまで行くことができた。しかし、ドラッグストアの駐車場にて、運転が怖くて頭が真っ白になる体験をし、それ以降は「また運転が怖くなった」と述べ、運転ができなくなった。そのため、クライアントの運転行動の増加のためには新たな介入が必要であると考え、セッション5よりアクセプタンスと脱フュージョンを中心とした介入を複合的に行った。

【結果】

クライアントが日常場面で車を運転した頻度 (Figure 2 上段) , および車で行った場所の累積数 (Figure 2 中段) は、いずれもACTを開始した後に増加した (Figure 2におけるセッション10のデータの欠損は、記録シートの紛失によるものであった) 。また、クライアントが運転直前にトイレに入ってから出てくるまでの反応潜時 (Figure 2下段) は、ACTを開始した後に減少した。セッション

6 (Figure 2では#6の表記) からセッション9までの期間には、車を運転して行った場所の数が9カ所にまで一時的に増加した。これは、スーパーや墓地、実家、病院など、息子が行きたがる場所とは関係のない場所で増加したものが、この期間に車を運転した頻度は週に1回程度のままであり、頻度の増加はほぼ見られなかった。また、セッション9からセッション11までの期間において、運転して行った場所の数の増加も停滞した。

しかし、セッション11において、保育園の送迎を達成したことが報告され、それ以降は、週4日ほど息子を保育園に送迎するようになった。また保育園の送迎をするようになってから、美術館、公園、ショッピングモールなど、子どもが喜ぶ場所にも連れて行けるようになり、車を運転して行った場所の数も増加した。セッション15において、年末年始の連休で外出時は夫が運転したため、運転頻度は少なかったことが報告された。しかし、その後セッション17の時点で、普段夫が家にいない週5日は、毎日運転ができていた。また、運転して行った場所の累積数も、スーパー銭湯や祖母宅、複数のスーパー、小児科、ファミレス、パート先等、合計26カ所にまで増加した。クライアントの報告によれば、車で片道20分前後の範囲まで行けており、「行きたいと思っていた場所には行けている」と報告された。

また、クライアントの自己記録によれば、車を運転する前には毎回トイレに入っていたものの、トイレにいる時間は1分～2分程度になっており、「この程度であれば問題ない」とのことであった。さらに、クライアントは日常場面において、ルールや膀胱の感覚と等位関係にあるメタファーを自発的に発展させ、車を運転する際に、それらの新たなメタファーを活用していることが報告された。セッション17の時点で、当初の介入目標は達成され、生活の支障もないことが確認されたため、セッション17にてカウンセリングを終結とした。セッション17から約12か月経過後、著者から電話にて、クライアントにカウンセリング終了後の車の運転に関して尋ねたところ、「その後も車の運転を続けられており、生活に必要な範囲は行けている」と口頭で報告された。

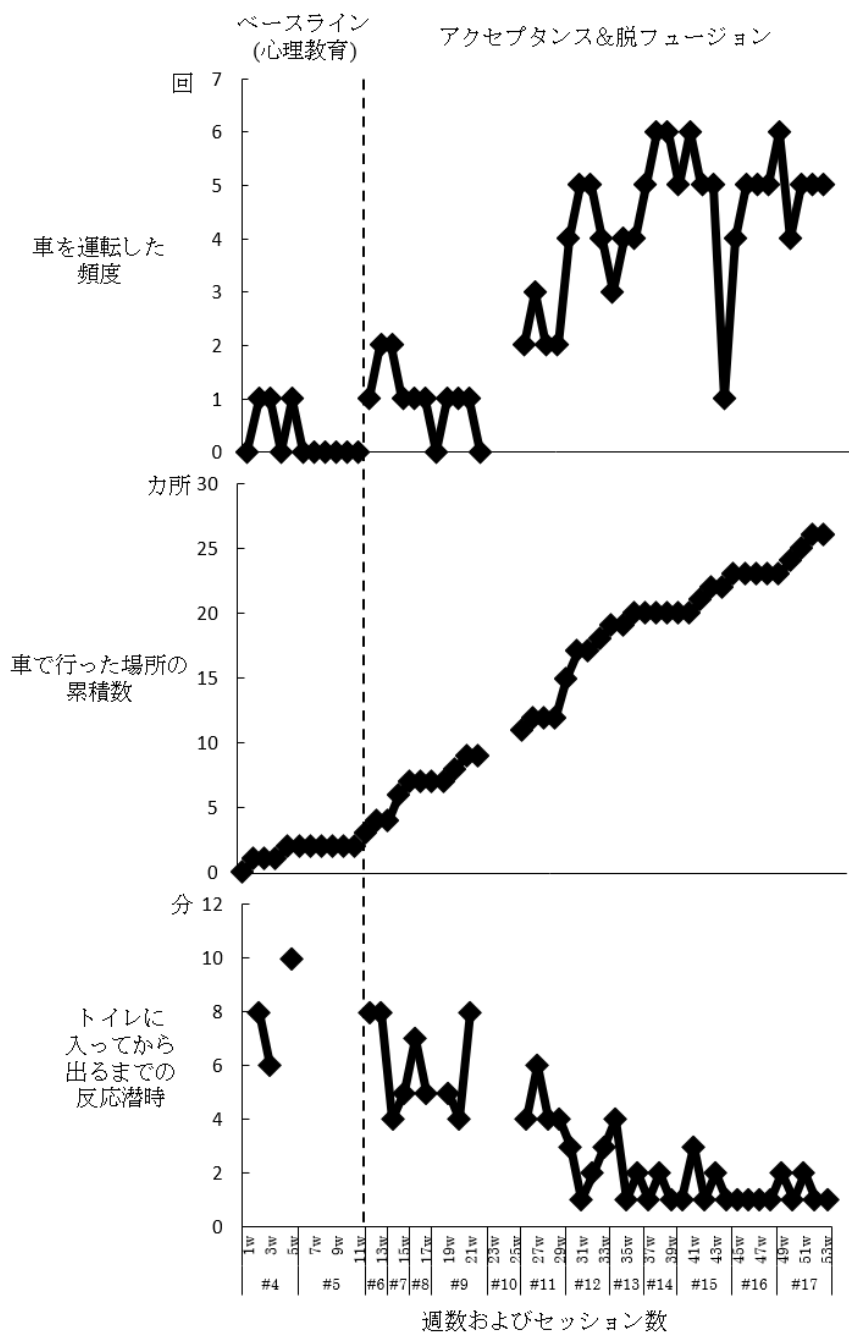


Figure 2 クライエントの行動の変化

(上段：車を運転した頻度，中段：車で行った新規の場所の累積数，
下段：トイレに入ってから出てくるまでの反応潜時)

第三節 結果と考察

本章では、正の強化に焦点化して選択したクライアントの標的行動を複数の次元で測定した2つの実践研究を挙げ、複数の次元で測定することの必要性について検討した。

まず、実践研究7における標的行動は、「一人または娘と二人で外出する行動」であり、その標的行動を、「外出した頻度」、「家から離れられた距離」、そして「行くことができた場所の数」の3つの次元から測定した。この事例におけるクライアントのベースライン期の外出頻度は週あたり0~1回であったが、この1回とは、家からの距離が400m程度のものであり、生活に必要な範囲や場所までは行けていないことが、距離や場所の数を測定していたことにより明確となった。外出行動の頻度が少ないだけでなく、生活に必要な範囲や場所まで全く行けていないという事実は、外出行動を頻度のみで測定した場合に比べ、介入の必要性をより裏付ける根拠となった。また、その後の心理教育のフェイズにおいて、クライアントの外出行動の頻度は、週1日から週3日前後にまで増加した。頻度の増加だけに基けば、「心理教育の実施直後に標的行動が改善した」と判断されたかもしれない。しかし、距離や場所の数を測定していたことにより、このフェイズにおける外出行動の増加は、ベースライン期でできていた行動（家の前の畑を周る行動）を繰り返していただけであることが分かった。このことは、クライアントの外出行動の改善のためには、心理教育だけでは不十分であり、新たな介入を追加する必要があるという予測をもたらした。さらに、その後のアクセプタンスや脱フュージョンの介入を進める中で、外出行動の頻度の増加を示すトレンドと、家から離れられた距離の増加を示すトレンド、行けた場所の数の増加を示すトレンドはそれぞれ異なっていた。このことは、介入を進める中でどのような段階的目標を設定することが、その時点のクライアントに最適であるかを判断するために役立った。

次に、実践研究8における正の強化に焦点化した標的行動は、「車を運転する行動」であり、実践研究8ではこの標的行動を、「車を運転した頻度」と「車で行くことができた場所の数」の2つの次元から測定した。このクライアントのベースライン期の車を運転した頻度は、週あたり0~1回であり、行けた場所は自宅の周りと近隣のドラッグストアのみであった。また、ドラッグストアに行った後は、また車を運転することができなくなっていた。この頻度の低下や行けた場所の少なさは、クライアントのニーズや生活を考えれば、さらなる介入を行う必要性を示すものであった。その後の介入を進める中で、運転をしていけた場所の数が示すトレンドが増加のトレンドを示しているのに対し、運転した頻度が示すトレンドはセッション9まではあまり増加せず、停滞

を示していた。実践研究7と同様、このこともクライアントにどのような目標を段階的に設定することが望ましいかに関する判断をもたらした。

以上のことから、標的行動を複数の次元で測定することは、単一の次元で測定した場合に比べ、クライアントに対して介入を開始する必要性や、介入内容および目標を修正する必要性を明確に示すものであると言える。

複数の次元による行動の測定は、Kazdin (1985) の述べるように、単一の方法での測定によるバイアスが生じる可能性を減らし、クライアントの日常の問題を測定が包含することを可能にする方法の1つであると考えられる。

Newsome et al. (2019) は、行動の産物など、特定の次元でのみ行動を測定すると、実験参加者の行動の形態的または時間的な特徴を見過ごすことになることを指摘している。複数の次元から標的行動を測定することは、このような問題に対応した測定方法の1つであると考えられる。

また、複数の次元で行動を測定することは、実践研究の社会的妥当性を高める可能性が考えられる。Cooper et al. (2007) における「社会的重要性を評価するためのワークシート」に挙げられている基準には、「介入が終わった後のクライアントの日常環境の中で強化を生み出す可能性があるか」「他の環境への接触を増大させるか」といった項目が含まれているが、本章の2つの実践研究における「行けた場所の数」などを含めた複数の次元で測定することは、介入による行動の変化が、どのような広がりを示しているか等を明確にし、社会的妥当性の高いものであるかどうかを評価するために役立つ可能性がある。

一方、本研究の限界として、第一に、本研究で示唆された複数の次元による行動測定の有用性が、全ての事例にあてはまるものではないことが挙げられる。例えば、電車を避けていたクライアントが電車に乗る際に、乗車した頻度と、乗ってから降りるまでの潜時を測定することは、乗車行動の改善を評価するために役立つかもしれない。あるいは、他者に話しかけることを避けていたクライアントが、話しかける行動を実行する際に、話しかけた頻度や、話しかけた相手の数を測定することも、話しかける行動の改善を評価するために役立つかもしれない。しかし、例えば洗濯やゴミ捨てといった家事をあまりしていないクライアントが、それらの家事を行う際には、多くの場合、それらの家事を実行した頻度を測定すれば十分であり、家事を行っていた時間や強度等に関する測定は必要ないかもしれない。どのような事例において、どのような次元で測定することが望ましいのか、あるいは複数の次元で測定することが望ましい場合とはどのような場合なのか、といったことに関しては、本研究の結果から明確にすることはできない。これらの点を明確にするためには、複数の次元で行動を測定した実践研究の蓄積が必要である。

第二に、異なる次元における標的行動の変化が、異なる機能を示している可能性が考えられることが挙げられる。実践研究7では、外出に関する行動を標的行動としたが、外出そのものを回避する行動（外出頻度の次元に反映される）と、家から離れた場所に行くことを避ける行動（家から離れられた距離の次元に反映される）は、クライアントの報告に基づけば、どちらの機能も「血の気が引いても誰にも助けてもらえない」事態の回避で共通していると判断していた。しかし、より細かく見れば、困難の性質が異なる等、異なる機能を有していた可能性も考えられる。同様に、実践研究8において、失禁を恐れるクライアントの運転頻度が増えることと、行くことができた新規の場所の数が増えることは、異なる機能的な変化を示していた可能性が考えられる。本研究では、これらを同一の機能をもつ行動の異なる側面における変化として扱っていたが、異なる次元上での変化が異なる機能的な変化を示すものだとすれば、各次元上での変化を生むために必要となる介入も異なってくると考えられる。また、介入に期待される機能的な変化に合わせて、測定する次元も変えていくことも有用かもしれない。もっとも、本研究で標的行動を複数の次元で測定したことは、クライアントの生活全体の変化を把握することを容易にしたため、臨床的な有用性はあったとも考えられるが、異なる次元上の変化が機能的に異なる変化であるかどうかを判断するためには、さらなる研究が必要である。

第四章

総合考察

第一節 本博士論文の考察

過去半世紀にわたり、精神科臨床ではクライアントが呈する症状のサインや発言の内容等、クライアントの行動の形態に焦点を当てて診断基準が作られ、それに基づいた研究や実践が行われてきた。しかし、メンタルヘルスの問題に対して、行動の形態に基づいたアプローチは期待された成果をあげることができなかったことから (Larkin et al., 2005) , 近年の臨床領域では、クライアントの行動の形態から機能へと焦点が移行しており、臨床行動分析といった、クライアントが正の強化を受ける機会を増大させることを重視したアプローチが広まりつつある。そして、行動の機能的な変化のプロセスを把握するために、クライアントの行動の継続的な測定の必要性が主張されるようになった (Hayes et al., 2021) 。しかし、行動の機能的な変化を測定する際に、どのようなターゲットをどのような方法で測定するべきかに関しては、様々な提案や開発がなされているものの (Bentley et al., 2019) , まだ特定されておらず、試行錯誤の段階である。そこで本博士論文では、8つの実践研究において「正の強化をもたらす」機能をもつ行動を継続的に測定し、正の強化に焦点化した標的行動の選択の有用性や、複数の次元での行動測定の有用性を示した。これらの実践研究の結果をもとに、本節では臨床場面において正の強化に焦点化した標的行動の選択や、その行動の測定を行うための3つの指針を提案する。

第一の指針として、臨床場面で正の強化に焦点化した標的行動を選択する際には、クライアントの学習の履歴に基づくことが挙げられる。本博士論文において正の強化に焦点化した実践研究では、標的行動を特定する際に、クライアントが実行できるようになることを希望する行動 (実践研究4, 5, 6, 7, 8) や、病前に余暇活動として習慣的に取り組んでいた行動 (実践研究4, 5, 8) , クライアントの価値に沿っている・将来的に強化される機会が増加し得る行動 (実践研究4, 6, 7, 8) , 日常生活における利便性の高い行動 (実践研究4, 7, 8) について、クライアントに正の強化をもたらす可能性のある行動であると判断し、標的行動として設定した。このような判断は、クライアントの生活歴のアセスメントや生態学的なアセスメントを行う中で得られた学習の履歴に関する情報に基づいたものであり、現在の症状や問題をアセスメントするだけでは判断できなかったものである。ただし、設定した段階では、それらの行動が正の強化をもたらすものであるかどうかは正確には判断できなかった

ため、長期にわたって継続的に標的行動を測定し、症状が軽減した後も行動が自発されているかどうかを確認する必要がある。臨床場面において、クライアントの学習の履歴に基づいて標的行動を選択し、その行動を継続的に測定することは、正の強化をもたらす機能を持つ標的行動を選択する際の重要な指針となるであろう。

第二の指針として、臨床場面で標的行動を設定する際には、正の強化を受けることが期待できる行動の中で、症状の行動に対する対立行動にあたる行動を標的行動として選択することが挙げられる。本博士論文では、クライアントに正の強化をもたらす行動の中で、主に強迫行為といった不安を回避する機能を持った行動と同時には生起し得ない対立行動を標的行動として選択した（実践研究 4, 5）。これにより、クライアントが正の強化を受ける機会が増え、生活の質の向上が期待できるとともに、曝露としても機能することが期待できた。これが、曝露として機能するだけで、正の強化をもたらすことが期待できなければ、曝露を実行するという行動はクライアントの生活の質の向上にあまり影響しないかもしれない。また、正の強化をもたらすことが期待できても、曝露としては機能しない行動の場合、臨床的には改善が不十分となるかもしれない。これらのことから、正の強化を受ける行動の中で、症状の行動に対する対立行動にあたる行動を標的行動として選択することは、臨床場面における標的行動選択の指針の 1 つとなるだろう。

ただし、本博士論文において、対立行動と位置付けていた行動は、機能的には他行動と位置づけることも可能であったと考えられる。実践研究における介入では、不安や不快感が喚起された際に、回避行動といった非機能的な行動とは異なる、正の強化をもたらす行動を増やすことを目的としており、回避行動と同時には生起し得ない行動だけを増加させることが目的ではなかった。その意味では、他行動と記述することがより正確であったかもしれない。さらに、本博士論文で扱った対立行動は、クライアントが不安や不快を感じながら、価値や目標に近づくための行動レパートリーの 1 つと位置づけることができ、その意味では、標的行動が価値に沿った反応クラスに含まれる行動の 1 つであると位置づけることもできるだろう。本博士論文において対立行動と位置づけた行動を、他行動、あるいは反応クラスに含まれる行動の 1 つとして記述することに関して、検討する必要がある。

第三の指針として、標的行動を測定する際に、複数の次元で測定することが挙げられる。本博士論文では、クライアントの外出に関する行動を、外出頻度や新たに行けた場所の数、家から離れられた距離において同時に測定し、行動の変化を検討した（実践研究 7, 8）。その結果、1 つの次元だけでは見られない介入の効果や、その効果がクライアントの生活において十分なものであるかどうか

に関する新たな判断がもたらされるという結果が得られた。このことから、クライアントの標的行動を、複数の次元において測定することは、クライアントの行動の変化をより正確に把握することを可能にするとともに、行動の変化が、クライアントの価値やニーズに対して妥当な変化であるかを判断するために有用であると言える。これまで、臨床場面で行動測定を用いた実践研究では、特定の標的行動を単一の次元で測定したものがほとんどであった。しかし、クライアントの標的行動を異なる側面から測定することにより、単一の次元で測定しただけではわからなかった標的行動の側面を明確にすることができ、クライアントの行動の機能的な変化を推定することを容易にするだろう。これは、Cooper et al. (2007) の主張する行動測定の特徴である、「実際にはクライアントの行動は改善していないにも関わらず、改善していると判断し、効果のない介入を続けてしまう誤りを防ぐことができる」という有用性を、さらに強めるものと言える。また、正の強化に焦点化して標的行動を選択し、その行動を複数の次元で測定することは、クライアントの行動の改善が、クライアントが希望する生活に近づいているかどうかを判断するためにも有用であると言える。このことは、正の強化に焦点化した標的行動を複数の次元で測定することが、指標としての正確性を高めるだけでなく、行動変化に関するクライアントにとっての意義について検討する重要な材料になることを示唆するものである。

複数の次元で行動を測定することは、一見手間がかかることにも思えるが、近年の測定機器やスマートフォン、スマートウォッチ等の開発により、多次元のデータを容易に集めることが可能となりつつある。例えば、腕などに装着する活動量計では、外出した際の持続時間や歩数、距離、消費カロリー、そして心拍数といった生理指標等を同時に集めることができる。そのため、例えば、外出が困難なパニック症のあるクライアントの、外出した際の距離や持続時間、心拍数を測定することにより、クライアントの外出行動と心拍の高まりの関係における機能的な変化を推定することが可能となるかもしれない。また、活動量が低下したうつ病のあるクライアントの歩数や距離、消費カロリーを、感情の変化の自己評価と同時進行で測定することにより、外出や自宅内での活動と感情の機能的な変化を推定することができるかもしれない。このような測定方法の開発は、まだ試行錯誤の段階であり、さらなる開発が期待されているが、同時に実践家が既存の測定方法を臨床場面で活用することで、「どのような方法であれば日常的に使いやすいか」や「どのようなデータを得ることが臨床的に有用なのか」といったことが特定され、測定方法のさらなる開発に重要な情報を見出すことが可能となるだろう。行動測定がクライアントにさらに貢

献するためには、測定方法の開発と、実践家による活用のいずれもが増える必要があると考える。

第二節 今後の課題と展望

本博士論文に関する4つの課題を挙げたい。第一に、本博士論文の中では、アセスメント期の段階でクライアントの正の強化子が推定できない場合に、正の強化に焦点化した標的行動の選択をどのように行うのかに関して明確にできていない。本博士論文に含まれる研究で対象としたほとんどのクライアントは、いずれもアセスメント期の段階で、正の強化子になり得る体験やクライアントにとっての価値を推定することができた。このことは、正の強化に焦点化した標的行動を選択することを容易にした。しかし、実際の臨床場面では、アセスメント期において正の強化子になり得る体験を推定することが困難なクライアントに出会うことがある。ACTにおいては、クライアントにとっての価値を明確化するための様々なエクササイズやワークが開発されているが (Harris, 2009; Lejeune & Luoma, 2019) , そのようなエクササイズやワークを行っても、アセスメント期の段階では自身の価値について特定することが困難なクライアントもいる。正の強化子や価値の推定が困難なクライアントに対して、どのような手続きがその推定を可能にし、標的行動を設定するために有用であるかに関しては、さらなる研究が必要である。

第二に、本博士論文における実践研究では、正の強化をもたらすことが期待できる行動を標的行動として選択したが、その標的行動が、実際に正の強化をもたらす機能を有していたかどうかに関して、厳密に検証ができたわけではないことが挙げられる。本博士論文では、標的行動を継続的に測定し、頻度等の変化や、クライアントから報告されるエピソードから、その標的行動が正の強化によって維持されていたかどうかを推定するに留まった。一方、近年臨床行動分析のフィールドでは、クライアントの行動の機能的な変化のプロセスを研究する方法の開発がタスクフォースとして掲げられており (Hayes et al., 2021) , 従来の機能分析よりも、より実用的な新たな提案や開発がされ始めている (Bentley et al., 2019; Hayes et al., 2019; Sandoz et al., 2021) 。例えば、Sandoz et al. (2021) では、ACTにおける継続的で直接的な機能的アセスメントのステップが提案されており、標的行動の文脈の直接観察や、言語を用いた介入による機能的な変化に関する仮説の立案、仮説検証のプロセス等について、段階的に記述されている。また、クライアントとセラピストの面接中の発言といった行動を分析するトランスクリプト分析が、クライアントの変化のプロセスに関する有用な情報をもたらすことが示されている (Hesser, Westin, Hayes, &

Andersson, 2009)。近年では、このトランスクリプト分析において、機械学習アプローチが活用されており (Doom, K. A., Kamsteeg, C., Bate, J., & Aafjes, M., 2021), 機械学習による記述やコーディングの自動化, 迅速化によって, トランスクリプト分析がより効率的になることが期待されている (Hayes et al., 2021)。以上のように, 象徴的な関係が行動に及ぼす影響を含め, クライエントの行動の機能的な変化のプロセスを特定するために, 様々な研究方法が開発され始めているが, 現状はまだ試行錯誤の段階でもある。今後, 機能的な変化を測定するための正確かつ実用的な研究方法のさらなる開発が期待される。

第三に, 本博士論文において行った行動測定の一部では, スマートフォンのアプリを活用して測定を行ったが, このようにデバイスを使い, クライエントの日常場面における行動をリアルタイムで測定する, リアルタイムモニタリングに関する課題が挙げられる。近年, クライエントの行動の測定における正確性を高めるために, リアルタイムモニタリングを活用する必要性が主張されている (Morgan & Morgan, 2001; Normand, 2016; Tate et al., 2016)。リアルタイムモニタリングは, 日常場面での正確な情報を集めることを可能にするとともに, 日常場面で得られる観察数を増やすことにもつながる。正確なデータを時系列で多数集めることは, 介入の効果に関する内的妥当性を高めるために有用であると考えられる (Bentley et al., 2019)。リアルタイムモニタリングを活用した例として, 飲酒 (Morgenstern, Kuerbis, & Muench, 2014), 歩数 (Nyman, Goodwin, Kwasnicka & Callaway, 2016), 抑うつ (Torous et al., 2015), 非自殺的自傷行為 (Bentley, Nock, Sauer-Zavala, Gorman, 2017), ダイエットのセルフモニタリング (Cushing, Jensen, & Steels, 2010), 血糖値測定のアドヒアランス (Raiff, & Dallery, 2010) 等がある。ただし, 実際に臨床場面でこのようなリアルタイムモニタリングを活用した研究は少なく, また適用された範囲も限られたものであるのが現状である。今後, リアルタイムモニタリングが, どのような臨床場面において, どのような方法で適用可能であるかについて, さらなる研究が期待される。

第四に, 本博士論文で対象としたクライアントの疾患や問題が, 限られたものであったことが挙げられる。本博士論文で対象としたクライアントは, 不潔恐怖や加害恐怖, 発作や失禁に対する不安, 試験に対する不安等, 不安や恐怖に関連する問題を抱えるクライアントが多かった。しかし実際の臨床場面では, 多様な問題を抱えるクライアントに対応することが求められる。また, 不調を訴えるものの, 顕在行動を見る限りでは活動的に, 充実した生活を送っているクライアントに出会うこともある。このような場合に, どのような臨床判断のプロセスを経て正の強化に焦点化した標的行動の選択を行うのかに関しては, さらなる研究が必要である。

近年において、臨床場面における焦点は、大規模研究における集団の平均値から個人差へ、行動の形態から機能へ、そして症状の消失から価値や生活の質の向上へと移行しつつある。そのような時代の変遷において、クライアントが自身の価値に沿って生き、日常場面で正の強化を受ける機会を増やすことを目的とした支援と、そのための研究に対する期待が高まっていることは、現代のメンタルヘルスの状況に鑑みて、必然的なことであると考えられる。クライアント個人々人によって異なる価値やニーズを特定し、変化のプロセスを丁寧に検証するための研究方法や測定方法の開発と活用は、これからの臨床領域において重要な機能を果たすことになるだろう。

文献

- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vildardaga, J. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012) Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **80**, 750-765.
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968) *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008) *ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, CA. (バツハ, パトリシア A., & モラン, ダニエル, J., 武藤 崇・吉岡 昌子・石川 健介・熊野 宏昭 (監訳) (2009) ACT (アクセプタンス&コミットメント・セラピー) を実践する 機能的なケースフォーミュレーションにもとづく臨床行動分析的アプローチ 星和書店.)
- Beavers, G. A., Iwata, B. A., & Lerman, D. C. (2013) Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **46**, 1-21.
- Belisle, J., Stanley, C. R., & Dixon, M. R. (2017) The relationship between derived mutually entailed relations and the function of challenging behavior in children with autism: Comparing the PEAK-E-PA and the QABF. *Journal of Contextual Behavioral Science*, **6**, 298–307.
- Bellack, A.S. (1979). A critical appraisal of strategies for assessing social skill. *Behavioral Assessment*, **1**, 157-176.
- Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Elliot, G., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2019) Real-time monitoring technology in single-case experimental design research: Opportunities and challenges. *Behaviour Research and Therapy*, **117**, 87-96.
- Bentley, K. H., Nock, M. K., Sauer-Zavala, S., Gorman, B. S., & Barlow, D. H. (2017) A functional analysis of two transdiagnostic, emotion- focused interventions on nonsuicidal self- injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **85**, 632–646.
- Bushell, D., Jr., & Baer, D. M. (1994). Measurably superior instruction means close, continual contact with the relevant outcome data. Revolutionary! In Gardner III, R., Sainato, D. M., Cooper, J. O., Heron, T. E., Heward, W. L., Eshleman, J., & Grossi, T. A. (Eds.), *Behavior analysis in education: Focus on measurably superior instruction* (pp. 3-10). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cushing, C. C., Jensen, C. D., & Steele, R. G. (2010). An evaluation of a personal

electronic device to enhance self-monitoring adherence in a pediatric weight management program using a multiple baseline design. *Journal of Pediatric Psychology*, **36**, 301–307.

- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007) *Applied Behavior Analysis: Second Edition*. Pearson, New Jersey. (中野 良顯(訳) (2013) 応用行動分析学. 明石書店.)
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K., (2013) A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, **58**, 376-385.
- Daniels, A. C., & Rosen, T. A. (2004) *Performance Management: Changing Behavior that Drives Organizational Effectiveness*. Performance management Pub, GA.
- Doorn, K. A., Kamsteeg, C., Bate, J., & Aafjes, M. (2021) A scoping review of machine learning in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, **31**, 92–116.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P., (2009) *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Value-Based Behavior Change Strategies*. New Harbinger Publications, CA. (アイファート, ゲオルグ H., &フォーサイス, ジョン P., 三田村 仰・武藤 崇 (監訳) (2012) 不安障害のための ACT(アクセプタンス&コミットメント・セラピー)実践家のための構造化マニュアル 星和書店.)
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Linneroth, P. J. N. (1999) Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. In Dougher, M. J. (Eds.) *Clinical behavior analysis*. Reno, NV: Context Press.
- Ghaderi, A. (2006) Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, **44**, 273–288.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003) Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **36**, 147–185.
- Hesser, H., Westin, V., Hayes, S. C., & Andersson, G. (2009) Clients' in-session acceptance and cognitive defusion behaviors in acceptance-based treatment of tinnitus distress. *Behaviour Research and Therapy*, **47**, 523–528.
- Harris, R. (2009) *ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, CA. (ハリス, R., 武藤 崇 (監訳) (2012) よくわかる ACT (アクセプタンス&コミットメント・セラピー)明日からつかえる ACT 入門 星和書店.)

- Hawkins, R. P. (1991) Is social validity what we are interested in? Argument for a functional approach. *Journal of Applied Behavior analysis*, **24**, 205-213.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2019) The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, **117**, 40-53.
- Hayes, S. C., Long, D. M., Levin, M. E., & Follette, W. C. (2013) Treatment development: Can we find a better way? *Clinical Psychology Review*, **33**, 870–882.
- Hayes, S. C., Merwin, R. M., McHugh, L., Sandoz, E. K., A-Tjak, J. G. L., Ruiz, F. J., Barnes-Holmes, D., Bricker, J. B., Ciarrochi, J., Dixon, M. R., Fung, K. P., Gloster, A. T., Gobin, R. L., Gould, E. R., Hofmann, S. G., Kasujja, R., Karekla, M., Luciano, C., & McCracken, L., M. (2021) Report of the ACBS Task Force on the strategies and tactics of contextual behavioral science research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, **20**, 172-183.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011) *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change: Second Edition*. The Guilford Press, New York. (ヘイズ, S. C., ストローサル, K. D., ウィルソン, K. D. 武藤 崇・三田村 仰・大月 友(監訳) (2014) アクセプタンス & コミットメント・セラピー(ACT)第2版—マインドフルな変化のためのプロセスと実践—星和書店.)
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008) Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **69**, 621-632.
- Hurl, K., Wightman, J., Haynes, S. N., & Virues-Ortega, J. (2016) Does a pre-intervention functional assessment increase intervention effectiveness? A meta-analysis of within-subject interrupted time-series studies. *Clinical Psychology Review*, **47**, 71–84.
- 岩壁 茂 (2010) はじめて学ぶ臨床心理学質的研究：方法とプロセス 岩崎学術出版社.
- 檉村 正美・石村 郁夫・竹下 遥・大江 悠樹・野村 俊明・西松 能子 (2014) 一医療施設における学生の精神科受診動向に関する調査研究, 日本医科大学基礎科学紀要 **43**, 73-85.
- Kazdin, A. (1985) Selection of Target Behaviors: The Relationship of the Treatment Focus to Clinical Dysfunction, *Behavioral Assessment*, **7**, 33-47.
- Kazdin, A. (2011) *Single-case research design: Methods for clinical and applied settings (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.

- Kazdin, A. (2019) Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, **117**, 3-17.
- Larkin, G. L., Claassen, C. A., Emond, J. A., Pelletier, A. J., & Camargo, C. A. (2005) Trends in US emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatric Services*, **56**, 671–677.
- Lejeune, J., & Luoma, J. B. (2019) *Values in Therapy: A clinicians guide to helping clients explore values, increase psychological flexibility, & live a more meaningful life*. Context Press, CA.
- Luedke, A. J., Peluso, P. R., Diaz, P., Freund, R., & Baker, A. (2017) Predicting dropout in counseling using affect coding of the therapeutic relationship: An empirical analysis. *Journal of Counseling and Development*, **95**, 125–134.
- McNamara, J.R., & Blumer, C.A. (1982). Role playing to assess social competence: Ecological validity considerations. *Behavior Modification*, **6**, 519-549.
- Miles, M., & Huberman, M. (1984) *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods (2nd ed.)*. Newbury Park, CA: Sage.
- 三田村 仰 (2017) はじめてまなぶ行動療法 金剛出版.
- 望月 昭 (1995) 特集:ノーマライゼーションと行動分析:「正の強化」を手段から目的へ 行動分析学研究 **8**, 4-11.
- Morgan, D. L., & Morgan, R. K. (2001). Single-participant research design: Bringing science to managed care. *American Psychologist*, **56**, 119–127.
- Morgenstern, J., Kuerbis, A., & Muench, F. (2014). Ecological momentary assessment and alcohol use disorder treatment. *Alcohol Research*, **36**, 101–109.
- Newsome, D., Newsome, K., Fuller, T. C., & Meyer, S. (2019) How Contextual Behavioral Scientists Measure and Report About Behavior: A Review of JCBS. *Journal of Contextual Behavioral Science*, **12**, 347-354.
- 仁藤 二郎・奥田 健次 (2013) 嘔吐不安を訴えるひきこもり男性の食事行動への介入—エクスポージャーにおける行動アセスメントと介入の評価— 行動分析学研究 **27**, 80-91.
- 仁藤 二郎・奥田 健次 (2016) 痙攣性発声障害と診断された男性の日常生活における行動アセスメント 行動分析学研究 **31**, 41-47.
- Normand, M. P (2016). Less is more: Psychologists can learn more by studying fewer people. *Frontiers in Psychology*, **7**, 934.
- Nyman, S. R., Goodwin, K., Kwasnicka, D., & Callaway, A. (2016) Increasing walking among older people: A test of behavior change techniques using factorial randomized N-of-1 trials. *Psychology and Health*, **31**, 313–330.

- O'Donohue, W. T., & Ferguson, K. E. (2001) *The Psychology of B. F. Skinner*. Sage Publication, Inc, CA. (オドノヒュー, W. T., & ファーガソン, K. E. 佐久間徹 (監訳) (2005) スキナーの心理学—応用行動分析学 (ABA) の誕生 二瓶社.)
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010) National Trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, **167**, 1456–1463.
- Pratt, L. A., Brody, D. J., & Gu, Q. (2017) *Antidepressant use among persons aged 12 and over: United States, 2011–2014. NCHS data Brief No. 283*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Raiff, B., & Dallery, J. (2010). Internet-based contingency management to improve adherence with blood glucose testing recommendations for teens with type 1 diabetes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **43**, 487–491.
- 坂野 朝子・武藤 崇・酒井 美枝・井福 正貴 (2016) 慢性腰痛を抱える女性に対してアクセプタンス&コミットメント・セラピー(ACT)を適用した症例研究 行動療法研究 **42**, 123-138.
- Sandoz, E. K., Gould, E. R. & DuFrene, T. (2021) Ongoing, Explicit, and Direct Functional Assessment is a Necessary Component of ACT as Behavior Analysis: A Response to Tarbox et al. (2020) *Behavior Analysis in Practice*.
- 佐藤 郁哉 (2008) 質的データ分析—原理・方法・実践 新曜社.
- 瀬口 篤史 (2019) 認知行動療法事典 日本認知行動療法学会編 丸善出版.
- 瀬口 篤史 (2020a) 外出が困難となった女性に対するアクセプタンス&コミットメント・セラピー(ACT)による介入と行動指標の活用 認知行動療法研究 **46**, 25-36.
- 瀬口 篤史 (2020b) 加害恐怖を示す高齢女性に曝露反応妨害法を行った単一事例研究—買い物行動に対する介入と効果の検討— 行動分析学研究 **35**, 52-60.
- 瀬口 篤史・三田村 仰 (2020)人前での書字が困難な女性に対する アクセプタンス&コミットメント・セラピーに基づく介入と行動指標の活用 立命館人間科学研究 **41**, 17-28.
- Skinner, B. F. (1938) *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton.
- Skinner, B. F. (1974) *About Behaviorism*. Knopf, New York.
- Skinner, B. F. (1978) *Reflections on behaviorism and society*. Prentice-Hall, N.J.
- Skinner, B. F. (1979) The non-punitive society. (佐藤方哉訳 (1990) 罰なき社会 行動分析学研究 **5**, 87-106.)
- 高山 仁志・中鹿 直樹 (2021) 行動的 QOL に基づく支援とはどのような実践か 対人援助学研究 **11**, 48-59.

- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., & Wilson, B. (2016) The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 statement. *Archives of Scientific Psychology*, **4**, 10-31.
- Torous, J. B., Staples, P., Shanahan, M., Lin, C., Peck, P., Keshavan, M., & Onnela, J. (2015). Utilizing a personal smartphone custom app to assess Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) depressive symptoms in patients with major depressive disorder. *JMIR Mental Health*, **2**:e.
- Watson, J. B. (1913) Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, **20**, 158-177.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000) Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, **51**, 59-91.

資料

目次

- 実践研究 1 症状に焦点化して標的行動を選択した事例：不潔恐怖を示す女性の事例・・・1
- 実践研究 2 症状に焦点化して標的行動を選択した事例：家族への暴言により入院となった男性の事例・・・6
- 実践研究 3 症状に焦点化して標的行動を選択した事例：音声チックを主訴とする女性の事例・・・9
- 実践研究 4 正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例：加害恐怖のある高齢女性の事例・・・12
- 実践研究 5 正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例：名前を強迫的に思い出そうとする男性の事例・・・19
- 実践研究 6 正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例：失神症状を示す不登校の高校生の事例・・・24

実践研究 1

症状に焦点化して標的行動を選択した事例：不潔恐怖を示

す女性の事例

【クライアント】

クライアントは50代の女性で、専業主婦であった。主訴は「手洗いやウェットティッシュの使用が多い」というものであった。主治医による診断は強迫症であり、投薬は受けていなかった。セッションの時間は1回約50分であり、実施頻度は1~2週間に1回であった。

【症状・問題のアセスメント】

手洗いについて

クライアントは、主にトイレでの排便後、ゴミを処理した後、掃除道具に触れた後に、過剰に手洗いをしていた。ベースライン期の手洗いの回数は、短時間の手洗いも含めれば、1日平均12回であった。トイレ後やゴミ処理後の手洗いは、1回で25分~30分ほどであった。手の洗い方は、『蛇口の取っ手→手首→手の甲→手のひら』の順と決まっていた。手洗い時は石鹸で洗っていたが、手洗い時間のほとんどは、水ですすいでいる時間であった。水ですすぎながら、『これで大丈夫~』といった特定の言葉を言い切るタイミングや、特定の秒数（50や100など）、特定の分数（10分など）、鳩時計や近所の学校のチャイム音などをきっかけにして、手洗いを終えていた。

手洗いが不完全になることに対しては、「家の中や私物に汚れが広がってしまい、触れない物が増えたり、手を洗うことがまた増えたりすることが不安」とのことであった。

外出中にゴミや犬の糞、ホームレスの人、掃除道具、唾などに約3m以内に近づくと、ウェットティッシュで手を拭いたり、手を洗ったりした。また、クライアントはゴミを見かけても手洗いをしなくて済むようにするために、外出時は夏でも手袋を着用して出かけていた。

クライアントの手洗い行動は、家の中に汚れが広がる事態の阻止、および不安を感じることの阻止を機能としていることが推定された。

ウェットティッシュの使用について

クライアントのウェットティッシュの使用枚数は、1日あたり約100枚であった。ウェットティッシュを使うきっかけは、特にトイレや玄関のドアノブを拭く時が多く（50~100枚）、その他、外出から帰宅した際にバッグや鍵、カ

ードなどを拭く時（10～15枚）、食後に食卓を拭く時（10～15枚）などであった。外出時は、ウェットティッシュを1袋（10枚）～2袋を使い切っていた。ウェットティッシュ代は、1か月で1万円以上かかっていた。

ウェットティッシュで拭く行動は、家の中に汚れが広がる事態の阻止、及び不安を感じることの阻止を機能としていることが推定された。

【生態学的アセスメント】

起床は6時頃で、就寝は24時頃であった。昼寝はしておらず、寝つきは良好であった。食欲も問題無かった。外出は週5日ほどしており、外出の内容は買い物、ボーリング、妹や友人に会う等であった。外出せず自宅で過ごす日は、家事の他、録画したTVやDVDを観て過ごしていた。

【家族・ソーシャルサポート】

クライアントは、夫（60代）との2人暮らしであった。夫は仕事をしている。夫とは必要なこと以外はあまり会話しなかった。長男（20代）は県内で働きながら一人暮らしをしていた。2～3か月に一度は帰ってきていた。

妹と月に2回程度会うことがあった。妹のことは信頼しており、症状のこともよくわかってくれていた。また、友人2人と2か月に1度程度会っていた。症状のことは知っており、会っている最中に手洗いをするとき、手を洗い終えるタイミングを傍で言ってもらったことがあった。

【標的行動と行動指標】

標的行動は、手洗い行動と、ウェットティッシュで手や私物を拭く行動とした。手洗い行動は、手洗いをした際の持続時間を指標とした。測定方法は、まずセッション中に、クライアントに「その後、財布など私物に触ってもらう」という条件の下で、アセスメントのためにセラピストが指定したものにまず触ってもらい、手を洗ってもらうよう求め、筆者がクライアントの手洗いを、ストップウォッチを使って測定した。また、日常場面の手洗い行動は、手洗いの持続時間を、洗面所にある時計を使って計測してもらい、一日で最も長かった時の時間をクライアント自身で記録シートに記入してもらい、セッションに持参された記録シートを見て測定した。また、ウェットティッシュで拭く行動は、一日あたりの使用枚数を指標とした。測定方法は、1日あたりの合計枚数を、クライアント自身で記録シートに記入してもらい、セッションに持参された記録シートを見て測定した。

【介入方法】

セッション2から7までは、ベースラインのデータとしてクライアントの日常およびセッション中の標的行動を測定した。セッション8より、曝露反応妨害法（Exposure & Response Prevention; ERP）をクリニック、並びに自宅において実施した。

クリニックにて (セッション 8～)

- ① クリニックのトイレのドアノブに触れた後、事前にクライアントと決めた秒数の範囲内 (1 ケタ目に 5 や 0 がつく秒数は除外した) で手洗いを止めてもらい、その後私物や顔に触れ続けてもらった。手洗いをを行う秒数は、指定の範囲内でクライアント自身に決めてもらった。
- ② ①の達成が 2 セッション続けば、手洗いをを行う秒数の範囲をほぼ 10 カウン トごとに段階的に少なくしていった。
- ③ クリニックのトイレのドアノブに触れた後の手洗いを 1～9 秒以内で終え て、そのまま私物や顔に触れ続ける課題が 2 回続けて達成されたら、その後 は手洗いなしで私物や顔に触れ続けることを課題とした。
- ④ 手洗いをせずに私物や顔に触れることが続いたら、クリニックの排水溝な ど、他の物にも対象を広げ、同様の曝露反応妨害法を実行してもらった。

自宅にて (セッション 8～)

- ① 自宅のトイレのドアノブに触れて、目標の手洗い秒数の範囲内 (1 ケタ目が 5 や 0 がつく秒数は除外した) で手を洗い、顔や私物に触れ続けてもらっ た。
- ② カウンセリングでの課題設定と日常での課題の達成状況に合わせて、手洗い の秒数の範囲も変えていった。
- ③ クリニックで、トイレのドアノブに触れた後に手洗いせずに顔や私物に触れ る課題を行うようになったら、家でも同様に、手洗いせずに顔や私物に触れ る課題を実行してもらった。
- ④ 手洗いせずに顔や私物に触れることが継続されたら、ドアノブ以外の物にも 同様の曝露反応妨害法を行う対象を広げていった。

【介入の結果】

介入の結果、セッション場面における手洗いの持続時間は減少した (Figure 1)。クリニックとトイレのドアノブを握った後の手洗い時間は、ベースラインでは 5 分前後かかっていたが、介入後は徐々に減少し、セッション 19 の時点で手洗いせずに財布など私物に触ることができた。また、日常場面で最も手洗いが長かった時の手洗い時間も減少し、ベースラインでは平均 25 分～30 分ほどかかっていたが、介入後は 5 分前後にまで減少した (Figure 2)。1 日あたりのウェットティッシュの枚数も同様に減少し、ベースラインでは 1 日あたり 100 枚前後使っていたが、介入後は 5 枚前後にまで減少した。以上の結果から、本事例における、手洗いやウェットティッシュの使用といった強迫行為は減少したことが示された。

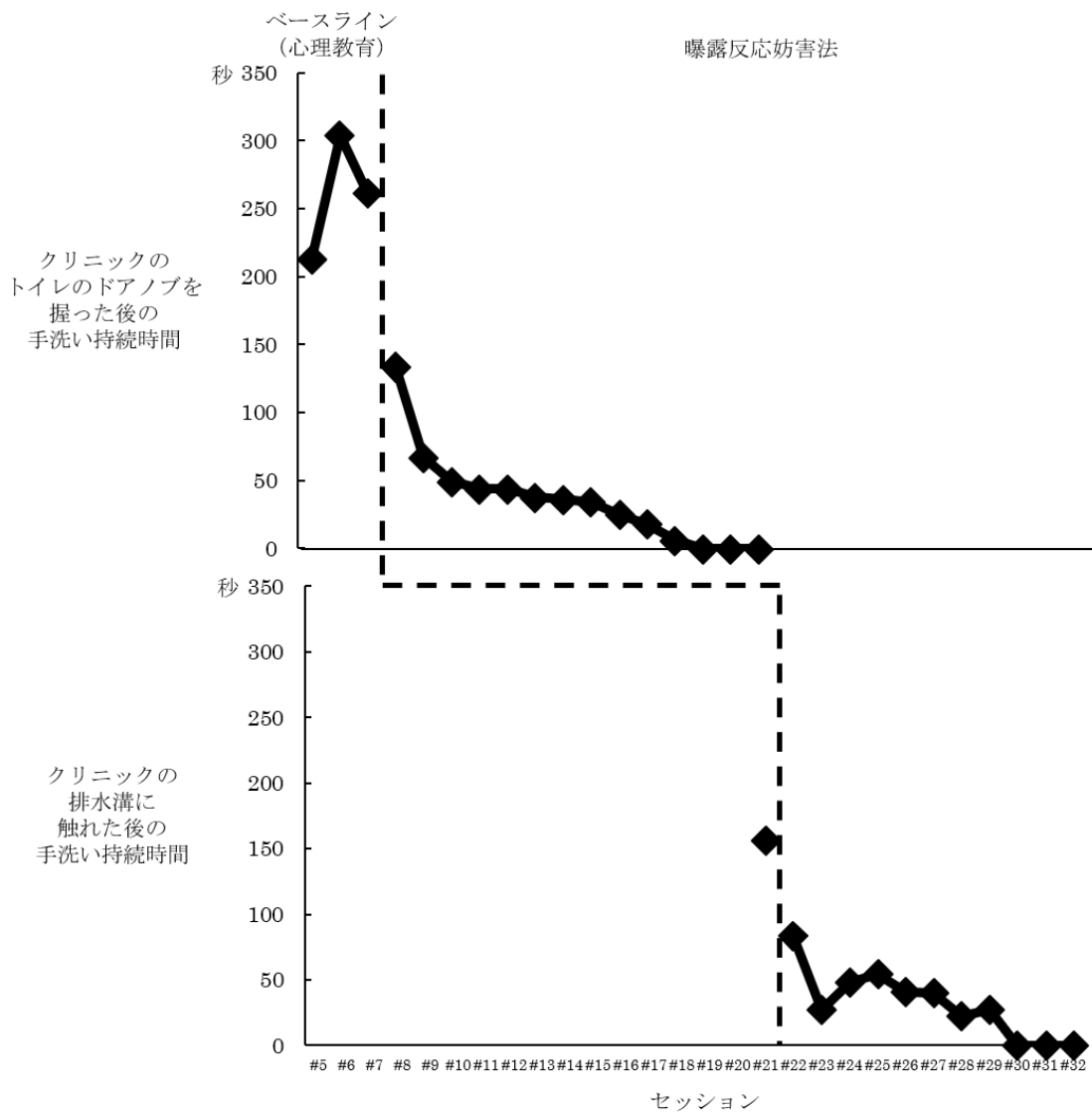


Figure 1 クリニックのトイレのドアノブを握った後の手洗い持続時間（上段）とクリニックの排水溝に触れた後の手洗い持続時間（下段）

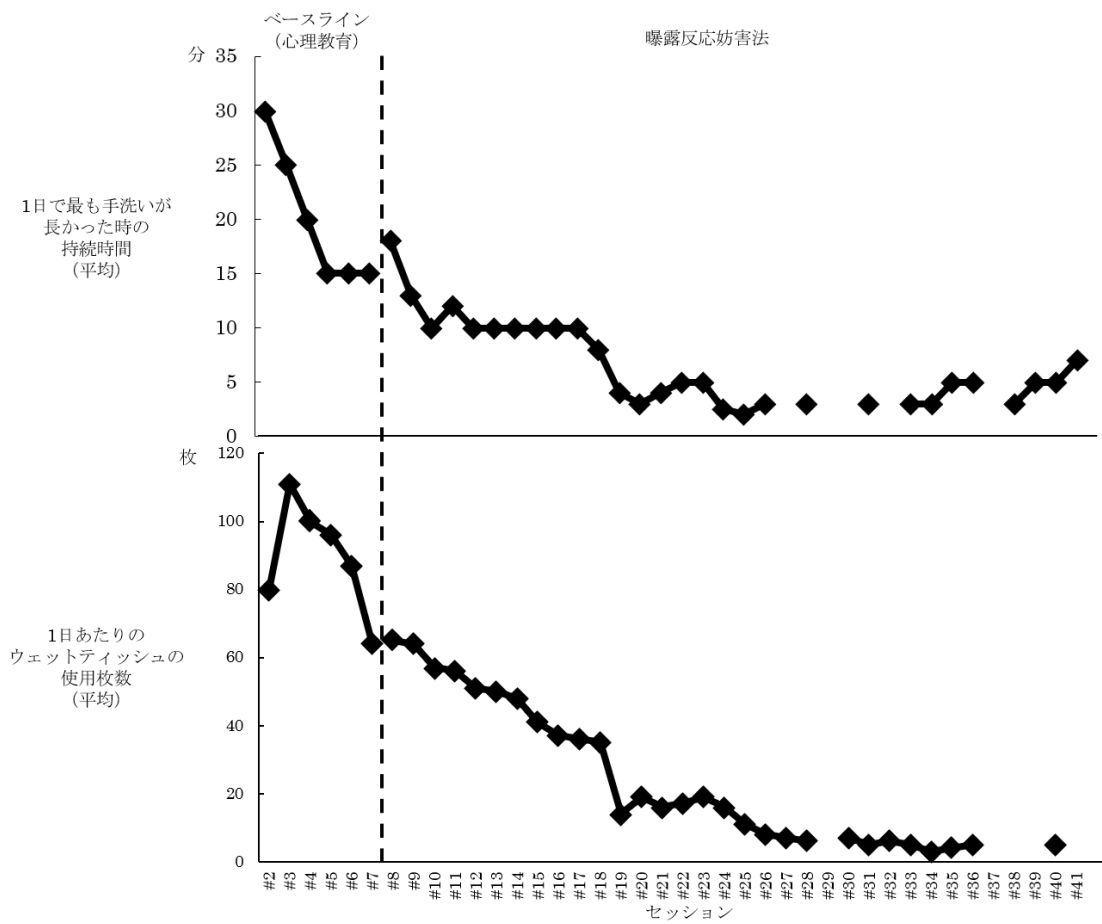


Figure 2 1日でもっとも手洗いが長かった時の持続時間（セッション毎の平均）（上段）と1日あたりのウェットティッシュの使用枚数（セッション毎の平均）（下段）

実践研究 2

症状に焦点化して標的行動を選択した事例：家族への暴言 により入院となった男性の事例

【クライアント】

クライアントは30代の男性であった。主訴は「怒りのコントロールができない」というものであった。主治医の診断は注意欠如多動症であり、アトモキセチン、ロラゼパム、フルニトラゼパム、ロフラゼプ酸エチル、抑肝散の投薬を受けていた。セッションの時間は1回約50分であり、実施頻度は約1週間に1回であった。

【症状・問題のアセスメント】

他者に対する攻撃行動について

クライアントは、入院する前は自宅で度々に家族に怒鳴ったり、家具を壊したり、壁に穴をあけたりして暴れることがあり、妻が警察を呼んで3～4人がかりで抑えつけたことも複数回あった。冷静になった後は、自分が怒って暴れたいきさつを覚えていないこともあった。家族に怒るきっかけとしては、娘が食べ終わった食器をシンクまで運んでいなかった時や、脱いだ靴を端にそろえず脱ぎっぱなしにした時、洗濯物を干した時に靴下が裏表になっていた時等であった。そのような些細なことについて家族に注意し、家族から反論されると、なおさら腹が立って大声で怒鳴り、従わせていた。クライアントは、家族から「もう怖くて同居はできない」と言われ、入院となった。入院後も他患やスタッフの発言に対して、相手が間違っていると感じると度々反論して口論となり、スタッフから注意したり仲裁に入ると、怒鳴ったり椅子を蹴り飛ばすこともあった。

強迫的な行為について

クライアントは病棟での生活において、強迫的な行為をすることがあった。具体的には、ベッドのシーツのしわが完全になくなるまで手で直したり、脱いだスリッパの位置や角度を揃えたり、生活用品を特定の位置に並べて向きを揃えて配置したり、本を順番通りに並べたりすること等であった。クライアントは、それらが決められた位置になかったり、整っていないとすると、「ちゃんとしてない、間違っていると思って、胸がムカムカして、すぐに直したくなる」と報告した。同様の行為は、自宅においても行われており、家族にも同様の行為をするよう求めることがあった。

【生態学的アセスメント】

クライアントは病棟にて、6時に起床し、病棟で決められた食事の時間（7時、12時、18時）に合わせて、ホールで他患とともに食事を摂っていた。日中は午前、午後とも作業療法やレクリエーションのプログラムに参加していた。スタッフや他患とは、話しかけられれば会話をしていた。作業療法等以外の時間は、病室で寝るか、ホールに出てきてTVを観て過ごしていた。就床は21時であり、寝つきは良好であった。

クライアントは入院前まで、就労移行支援施設に通所していた。給与は無かったため、生計は妻のパート代の他、両親からも経済的な支援を受けていた。

【家族・ソーシャルサポート】

クライアントは元々、妻、長女、次女、三女と同居して暮らしていた。しかし、入院前はクライアントの暴言に家族が怯え、家族から同居ができないと言われていたため、実父母のいる実家と自宅とを行き来する生活を送っていた。

【クライアントの希望した治療目標】

クライアントはカウンセリングにおいて希望する治療目標として、「家族と一緒に暮らしたい。就労支援施設に通って、また仕事に就きたい。仕事で同僚や上司との関係をうまくやっていくためにも、怒りをコントロールできるようになりたい」と述べた。

【標的行動と行動指標】

標的行動は、他者に向かって怒鳴る、または大声をあげる行動とし、その1週間あたりの生起頻度を指標とした。

【介入方法】

セッション3より、マインドフルネスのトレーニングを開始した。具体的には、クライアントの思考や感情、身体感覚に対する知覚を高めるために、セッション中にクライアントに目を閉じてもらい、その瞬間の体験をありのまま観察し、言語報告してもらうというものであった。同様のトレーニングを、病室でも1日1~2回実践してもらい、実践の様子を記録してもらった。そしてセッション4からは、アクセプタンスを強調したエクスポージャーを開始した。具体的には、わざとベッドにしわをつくって寝るなど、クライアントにとって不快感を感じる場面を作り出し、そこで生じる不快感の場所や大きさ、温度等をありのまま観察し、避けずに体験してもらった。同様の実践を、病室の中の場面から、作業療法や他患との会話場面等へと広げていき、自宅への外泊時にも実践してもらい、記録にて報告してもらった。

【介入の結果】

介入の結果、セッション3にてマインドフルネスを開始してから、他患やスタッフに怒鳴る頻度は減少し、エクスポージャーを開始して以降、怒鳴る頻度

は0回が続くようになった (Figure 3)。自宅に外泊した際にも、家族に怒鳴ることは無く過ごすことができ、自ら家族の靴を不揃いにしたりし、そこで生じる不快感を進んで体験できたことが報告された。セッション13にて退院した後、クライアントはグループホームにて生活し、就労支援施設に通所するようになったが、4か月後のフォローアップにおいても、他の入所者に対し怒鳴ることもなく過ごせていることが報告された。

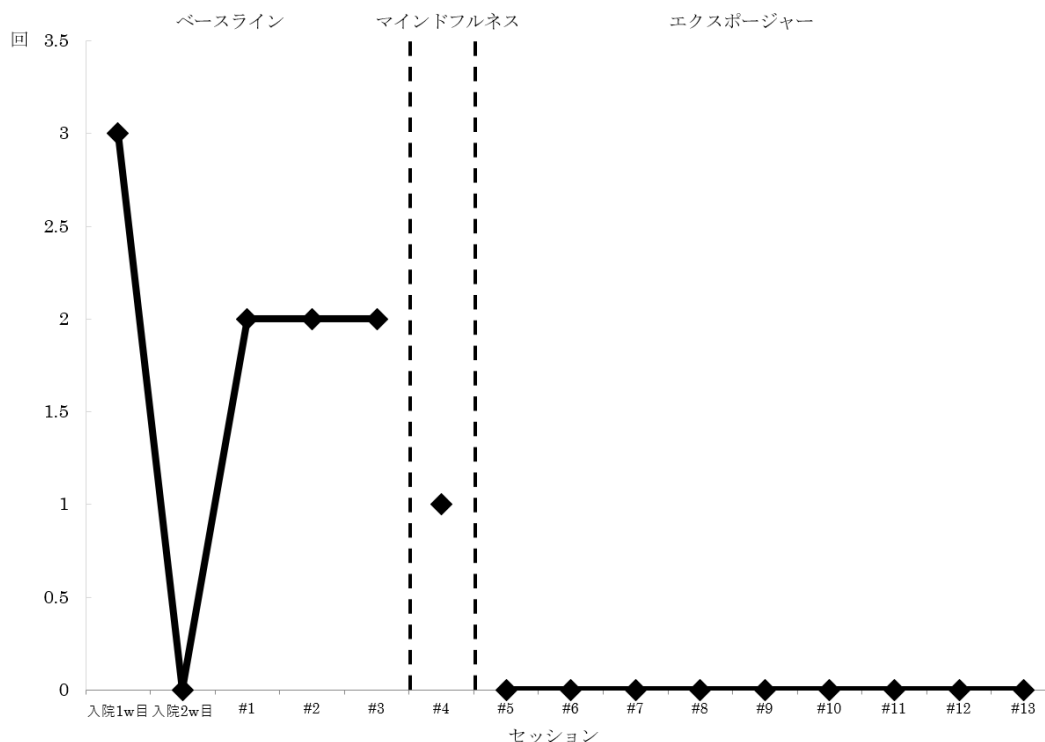


Figure 3 病棟で他患やスタッフに怒鳴った1週間あたりの頻度

実践研究 3

症状に焦点化して標的行動を選択した事例：音声チックを

主訴とする女性の事例

【クライアント】

クライアントは20代の大学生の女性であった。主訴は「チックがある」というものであった。主治医の診断はチック障害であった。セッションの時間は1回約50分であり、実施頻度は約2週間に1回であった。

【症状・問題のアセスメント】

チック症状

クライアントは、中学3年の頃から、「うん、ううん、ううんー！」という、激しい咳払いのような音声チックを行うことがあり、学校の授業中や電車の中、バイト先（スーパー）などでも行っていた。初めての場所や初対面の人の前だとチックはあまり出ないが、慣れてくると大学の講義中であっても教室で頻繁に行っていた。バイト先では休憩時間に休憩室で行っていた。チックについて、友人など他者から指摘されることは無いが、知らない人からはジロジロと見られることはあった。また、高校生の頃にクライアントのチックに対して他生徒から「うるさくて集中できない」と言われ、試験を別室で受けたことがあった。クライアントは「周りからどう思われているか気になる。うるさい、集中できないと思われていないか気になる」と述べた。チックのことは親しい友人にも話していなかった。

チックが大学の講義中に生じることが特に多いことが報告されていたため、セッション3にて、講義の担当教員の許可のもと、講義中のチックの様子についてスマートフォンの録音機能を用いて録音するよう依頼した。セッション4にて持参された講義2回分の録音データ（1回90分）について、それぞれ講義開始時点からの5分間と、30分ほど経過した時点からの5分間で、計10分間のタイムサンプリングを行い、チックの頻度を測定した。チックが連続して生じた場合、チックとチックの間隔が2秒以上空いているのであれば、それぞれを1回として、区別してカウントした。セッションに持参された録音データを聞いてチックの頻度を測定した結果、クライアントは10分間に20回のチックを行っていた。チックの音量も大きく、チックが連発している間は、授業を行う教員の声が全く聞こえなくなっていた。

【生態学的アセスメント】

クライアントは大学生であり、週5日大学に通っていた。子どもと関わるボランティアサークルとバレエのサークルに所属していた。また授業がない時間帯に合わせて、カラオケの受付やスーパーのレジのバイトに行ったり、習い事で習字教室に通ったりしていた。

クライアントの典型的な1日の過ごし方は、以下の通りであった。6時20分に起床し、トイレ後朝食を食べて歯磨きをし、着替えて自転車で駅まで行き、電車に乗って、バスに乗って学校に行った（片道60～120分）。昼食は教室で友人らとランチをし、授業が終わると、12時～18時に学校を出て帰宅した。帰宅後課題をやったりし、24時ごろ就寝した。土日はバイトか、友達と遊びに行くか、ボランティアに参加した。

【家族・ソーシャルサポート】

父は会社員で、母は介護の仕事をしていた。弟と妹がいた。

【クライアントの希望した治療目標】

クライアントは「授業中や電車の中などで、周りからどう思われているか気になるので、チックをなくしたい」と述べていた。

【標的行動と行動指標】

標的行動は、大学の講義中に音声チックを行う行動とし、その音声チックが講義中の10分間に生じた頻度を指標とした。

【介入方法】

セッション4より、ハビットリバーサルによる介入を開始した。具体的には、咳払いのチックの予兆である、のどが絞まる感覚が生じた時に、チックではなく「咳を止めるようにおなかを膨らませる」行動を行うこととした。また、ハビットリバーサルを実行した直後に生じる「チックをしたい衝動」に対しては、身体感覚を観察し、ありのまま体験するアクセプタンスのトレーニングを行った。

【介入の結果】

セッション4から、ハビットリバーサルとアクセプタンスによる介入を開始した結果、講義中にチックが生じる頻度は減少した（Figure 4）。また、当初は教員の声が聞こえなくなるほど大きい声で咳払いをしていたが、介入を進めることで、チックを行う際の音量が一般的な咳払いの大きさと変わらない程度となっていることが録音データにおいて確認された。

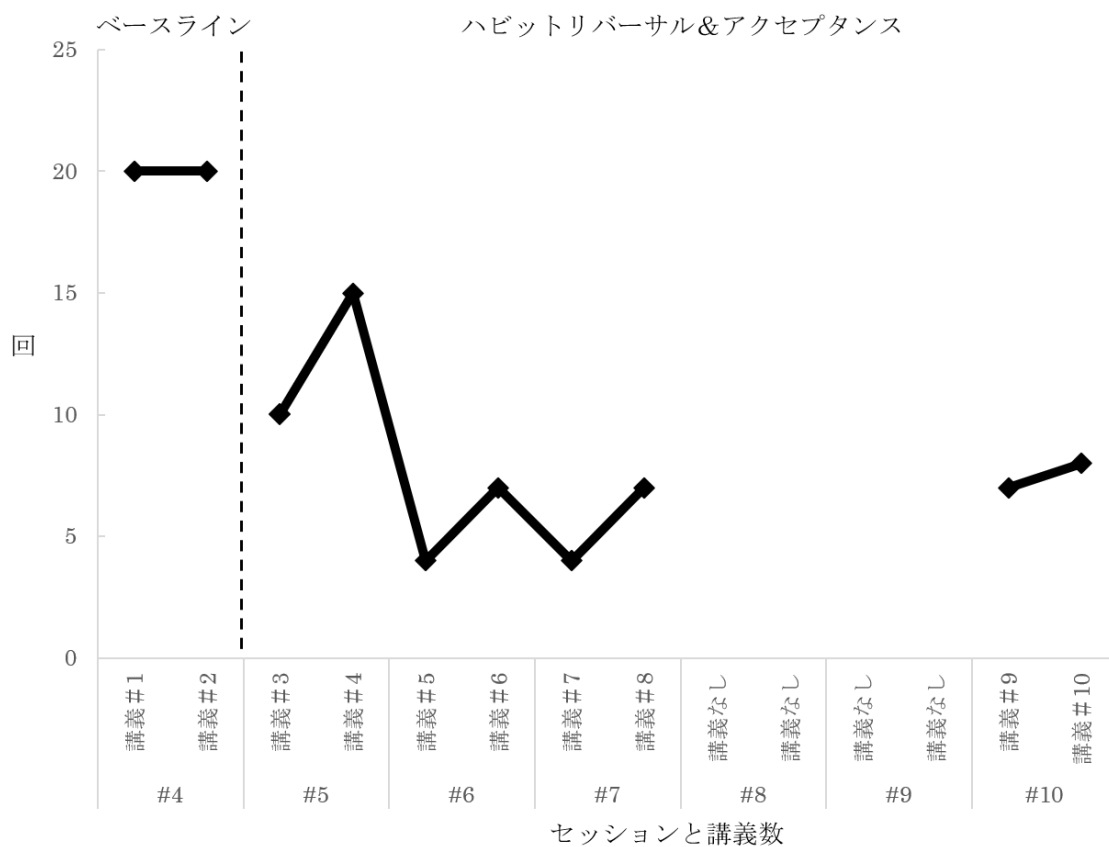


Figure 4 講義中にチックが生じた頻度 (10分あたり)

実践研究 4

正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例：加害恐怖 のある高齢女性の事例*

(*注1：行動分析学研究(2020)第35巻に掲載)

【クライアント】

クライアントは70代の女性であった。主訴は「自分が菌をつけてしまわないかが心配で、素手で物に触れない。買い物ができない」といったものであった。主治医による診断は強迫症であり、アセスメント期の段階でオキサゾラム(10mg)の投薬を受けていた。セッションの時間は1回約50分であり、実施頻度は約2週間に1回であった。

【症状・問題のアセスメント】

買い物の困難について

クライアントは「スーパーや薬局、コンビニ等に入ると、手の菌を他人に移してしまう」と考え、実際に店に入ろうとすると腹部に不快感を感じ、入店できなかった。菌を移すことを避けるため、クライアントは外出する際に、いつも布製の手袋をしていた。手袋をしていれば、病院の受診や院内の物に触ることはできたが、スーパーや薬局等には入ることができなかった。そのため普段の買い物は主に遠方の長女に依頼していたが、クライアントは買い物を遠方の娘に頼むことに対して、申し訳ないと感じていた。自宅で調理をする際は、使い捨てのビニール製の手袋を着用して行っていた。家族に買い物を依頼する行動や手袋を着用する行動は、菌を他人に移す事態や腹部の不快感を回避する機能を持つと推定された。

資源ごみの廃棄の困難について

クライアントは「自分が触れた段ボールや新聞を資源ごみに出すと菌を他人に移してしまう」と考え、それを資源ゴミに出すことができなかった。そのため、アセスメント期では45リットルのごみ袋5袋分の段ボールを部屋に溜めていた。新聞は夫が資源ごみに出すため、普段から触らないように生活していた。段ボールを空き部屋に入れる行動は、菌を他人にうつす事態を回避する機能を持つと推定された。

単独での外出の困難について

クライアントは、一人での外出に対して「路上駐車されている車の横を通ったら車上荒らしと疑われる」と考え、実際に一人で出かけようとする腹部に不快感を感じ、外出を避けた。誰かと一緒であれば、路上駐車されている車の横を通ることはできた。クライアントの

主な外出先は、自宅の周りの散歩や病院、自宅のすぐ傍にある長男の家等であった。ほとんどの外出には家族に同伴してもらっていたが、病院や長男の家は自宅のすぐ傍にあり、路上駐車されている車の横を通ることはないため、一人で行くことが出来た。外出時に家族に同伴を依頼することは、車上荒らしの犯人だと疑われる事態や腹部に生じる不快感を回避する機能を持つと推定された。

他者への過度な確認について

クライアントは、主に菌や有害物質等に関して心配になったことを、家族や親戚、企業のお客さま相談センター等に電話をして確認をした。記録によれば、電話をする相手は殆どが義兄であり、平均週5回程かけていた。確認の内容は、例えば「食器を洗っている途中で一旦放置したが、その食器やスポンジは使っても大丈夫だろうか」といったものであり、義兄らは「問題ない、大丈夫だ」等の返答をしていた。電話による確認行為は、相手の「大丈夫だ」という返答の獲得と、それによる不快感の回避の機能を持つと推定された。

【生態学的アセスメント】

クライアントの典型的な一日の過ごし方は、以下の通りであった。6時半頃に起床し、手袋を着用して朝食を作り、夫に出す。洗濯をして夫を送り出した後、仏壇の前で般若心経を唱える。その後朝食を食べ、掃除をする。9時から2時間ほど、義兄やお客さま相談室等に電話し、心配事について確認する。11時頃から昼食を作り、帰宅した夫と食べる。午後になると洗濯物を取り込み、パズルや数独、読書等をするか、昼寝を90分程する。平均週3日ほどの外出では、夫と散歩に行くか、長男の家に行くか、通院等をする。17時ごろに夕食を作りはじめ、19時ごろに夕食を夫と食べて、食器の片付けをする。22時に入浴し、23時過ぎには寝る。寝つきは良好であり、食欲も問題は無かった。クライアントは車の免許を持っていなかったため、外出時の移動方法は、家族に車を運転してもらるか、近所のみ徒歩であった。

このようなクライアントの生活の実態を把握することで、クライアントが家族とは外出ができること、車が停まっていないすぐ近所であれば一人でも外出できること、余暇のレパートリーがあること、家事は生活に必要な範囲はできていること、活動量や睡眠、食事にも問題がないことから、抑うつ症状を懸念する必要はないこと、といったことが推察された。

【家族・ソーシャルサポート】

クライアントは、夫と2人暮らしであった。夫は定年退職後に会社の顧問として再雇用され、平日に半日程度出勤していた。長男と長男の妻、孫が自宅のすぐ傍に住んでいた。長女は車で40分程のところ長女の夫と住んでいた。

【クライアントが希望した治療目標】

症状が改善したらできるようにになりたいことについて、クライアントは「買い物が好きだったので、買い物に行って自分で新鮮な食材を選びたい。デパー

トに服や贈り物を買いにいきたい。紅葉を見に行くなど遊びに行きたい」,
「昔のように、地元のプロ野球チームの試合結果を新聞で読めるようになりたい。健康情報や地域のイベント情報も新聞で知りたい」などと述べた。

【標的行動と行動指標】

1つ目の標的行動として、スーパー等の店内に入店する行動を設定した。この行動は頻度を指標とした。これは、クライアントが商品を購入した際のレシート、およびクライアントの自己記録をセッションに持参してもらい、入店してきた頻度を測定した。

2つ目の標的行動として、スーパー等の商品を素手で手に取る行動を設定した。この行動については、手に取って購入できた商品の数を指標とした。これは、レシートに記載されてある購入品の数を測定した。買わない商品であっても手に取れているかどうかについて、同伴した家族に観察してもらった。

3つ目の標的行動として、新聞を読む行動を設定した。これは、クライアントが地元のプロ野球チームを応援しており、病前はその試合結果などを新聞で読むこと、そして地元のお花のイベントや、健康情報などを読むことも好んでいたことが報告されていたためであった。この行動は、読めたページ数を指標とした。これは、新聞を読む行動の自己記録をセッションに持参してもらい、そこで報告されたページ数を測定した。

4つ目の標的行動として、一人で自宅からスーパー等に行く行動を設定した。この行動については頻度を指標とした。これは、購入した商品のレシートおよびクライアントの自己記録をセッションに持参してもらい、スーパー等に行けた頻度を測定した。

5つ目の標的行動として、家族や親戚、お客様相談センターに確認の電話をする行動を設定した。この行動については、頻度を指標とした。これは、クライアントが電話で確認した内容に関する自己記録をセッションに持参してもらい、記録された電話の頻度を測定した。

【介入】

クリニック内での曝露反応妨害法と確認行動に対する家族への心理教育（セッション4～7）

セッション4より、クライアントの同意のもと、曝露反応妨害法をセッション中に開始した。セッション中に行ったのは、クライアントの通院歴において、曝露に関するホームワークが出されても日常では実行が伴わないエピソードがあったため、まずはセッション中の実行を強化する必要があると判断したためであった。

クリニック内での曝露反応妨害法では、精神科クリニック内の物（ティッシュやボールペン、クッション、雑誌、机やイス、掲示ボードなど）に何度も触

れてもらい、その際に触れた物は、拭いたり捨てたり持ち帰ったりはせず、そのまま他の患者に利用してもらった。

また、曝露反応妨害法を行っている最中に生じる腹部の不快感のメタファーをクライアントとともに創り (Törneke, 2017) , 不快感を回避する行動の対立行動として、不快感の場所や動き、色、大きさなどを観察し、報告してもらった。

上記の介入と並行して、クライアントの確認行動と家族の対応に関する心理教育を、クライアント及び家族に対して行った (セッション 6) 。具体的には、クライアントの確認行動に相手が「大丈夫だ」などと答えることが、クライアントの確認行動を強化してしまう可能性を伝え、クライアントから菌や有害物質等に関して確認された際には、一貫して「わからない」と応じることが望ましいと説明した。義兄らにも同様の対応をしてもらうよう、長女から伝えてもらうこととした。

実際の店での曝露反応妨害法 (セッション 8~13)

クライアントの同意のもと、セッション中にクリニック近隣のコンビニや薬局に著者と一緒に行き、店内で曝露反応妨害法を行った。セッション 8 で店内に入り、セッション 9 以降は店内の商品を、購入するかどうかに関わらず素手で手に取ってもらった。その際、クライアントが手に取る物を著者が特定せず、クライアントが興味を感じた物や自宅に必要な物、家族に買って帰ってあげたい物を手に取るよう伝えた。そして、必要であれば購入することを提案した。日常でも同様の曝露反応妨害法を実行することを勧めた。

新聞雑誌に対する曝露反応妨害法 (セッション 14~17)

セッション 14 からは、セッション中に新聞紙や雑誌に対する曝露反応妨害法を開始した。セッション 14 ではクリニック内にある新聞や雑誌に触れてもらい、そのまま他の患者が読める場所に戻した。セッション 15 ではコンビニに陳列されてある雑誌類を素手で手に取り、興味のある雑誌を立ち読みして、そのまま元の場所に戻してもらった。セッション 14 にて日常でも自宅の新聞を読むことを促した。

車に対する曝露法 (セッション 18~21)

セッション 18 からは、セッション中にクリニックの駐車場や近隣の道路に駐車されている車のすぐ傍を繰り返し通る曝露を行った。セッション 21 では、路上駐車されている車の傍を通過して、コンビニまで歩いて行く曝露を行った。車の傍を通過の際は、「車上荒らしをしたと思われるのではないか」といった思考や不快感が生起しやすくなるように、車内を軽く覗いたり、車体に軽く触れたりしながら実行してもらった。またその際の腹部の不快感は、メタファ

ーを活用しながら報告してもらった。そして、日常でも一人でコンビニ等に徒歩で買い物に行くことを勧めた。

【介入の結果】

スーパー等に入店する行動と商品の購入行動について

日常場面でクライアントがスーパー等に入店した累積頻度 (Figure 5 上段) , および購入した商品の数 (Figure 5 中段) は、いずれも曝露反応妨害法① (セッション中にクリニック内にて実行) のフェイズでは増加しなかったが、曝露反応妨害法② (セッション中に店内にて実行) のフェイズにおいて増加した。

セッション9および10の段階では、日常場面でスーパー等に行っても、娘と店内に入るだけで商品を購入することはできなかった。しかし、セッション中に著者とコンビニや薬局に行き、店内の商品を素手で手に取って購入する曝露反応妨害法を実施した結果、セッション11にて、日常場面でも店に入るだけでなく、素手で複数の商品を手に取って購入できたことが報告された。

またセッション15までは、店内にも長女に同伴してもらっていたが、セッション16からは、店内に一人で入店して買い物ができるようになった。

セッション17にて、クライアントが普段の生活で必要とする物 (野菜や肉類、菓子、薬品、雑貨など) は、いずれも購入できていることがレシートを使って報告された。また、店内で新鮮な野菜や果物等を選ぶ際に、買わない商品であっても手に取ることができていることが、クライアントの報告及び家族の観察により確認された。

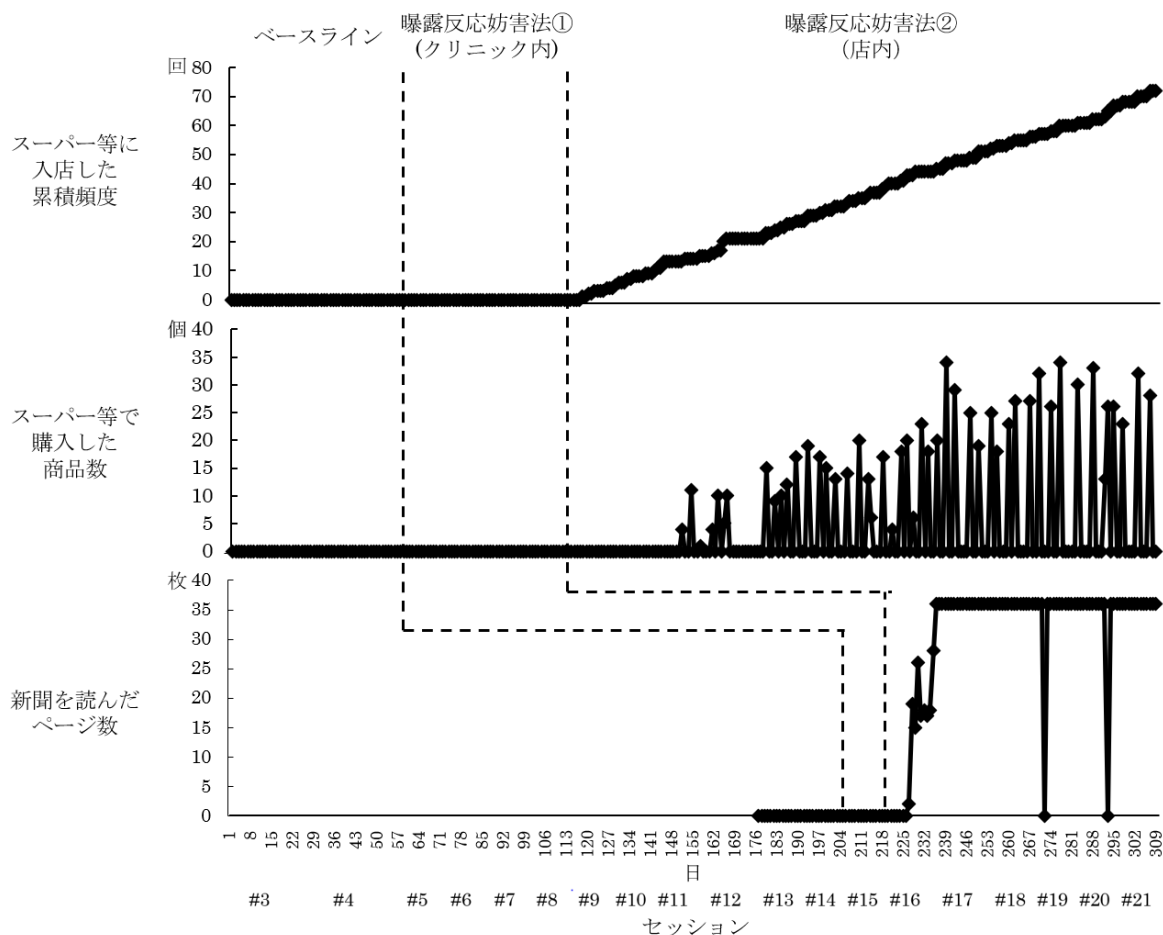


Figure 5 クライエントの行動の変化
 (上段：スーパー等に入店した累積頻度，中段：スーパー等で購入した商品数，下段：および新聞を読んだページ数)

新聞を読む行動について

クライアントが新聞を読んだページ数も，曝露反応妨害法①のフェイズでは増加しなかったが，曝露反応妨害法②のフェイズから増加した (Figure 5 下段)。セッション 17 以降は，新聞が配達された日には全てのページを読めていることが報告された。

一人で自宅から店まで徒歩で行く行動について

セッション 18 にて，セッション中にクリニックの駐車場に停めてある車のすぐ傍を通ることを繰り返す曝露を行った結果，一人で歩いて店まで行けることが増加した (Figure 6)。セッション 19 では，道中に路上駐車された車を見かけ，「車上荒らしと思われないか」と考えたが，その車の傍を通って，徒歩 10 分ほどのコンビニまで一人で買い物に行けたことが報告された。その後，ホームセンター等にも徒歩で行けるようになったことが報告された。

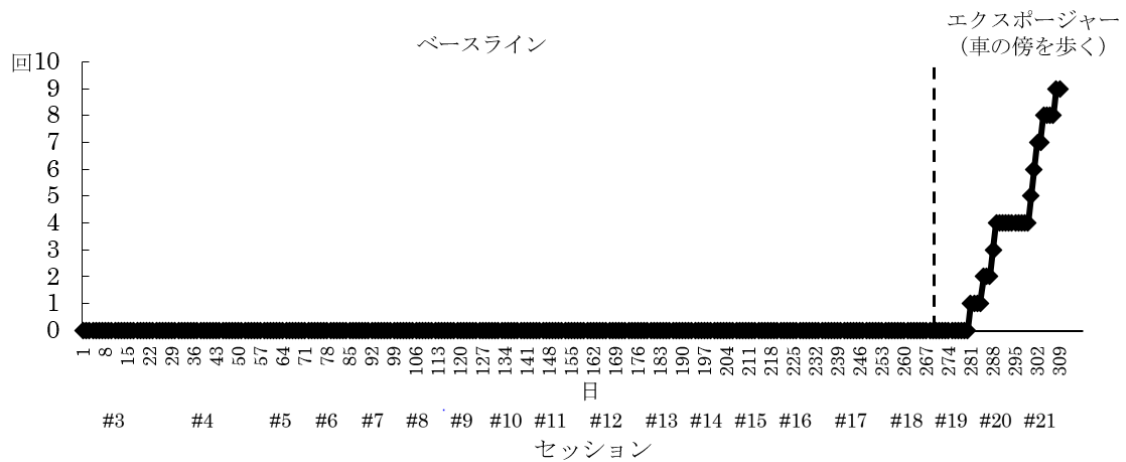


Figure 6 一人で自宅から店まで徒歩で行った累積頻度

家族や親戚，お客様相談センターに確認の電話をする行動について

セッション6にて，クライアントの確認行動の対応についての心理教育を，クライアントの家族，並びに長女を介して親戚らに伝えてもらった結果，クライアントが確認のために電話をかける頻度は徐々に減少した (Figure 7)。また，電話だけでなく，家族に直接確認する行為に関しても減少したことが，長女から口頭で報告された。

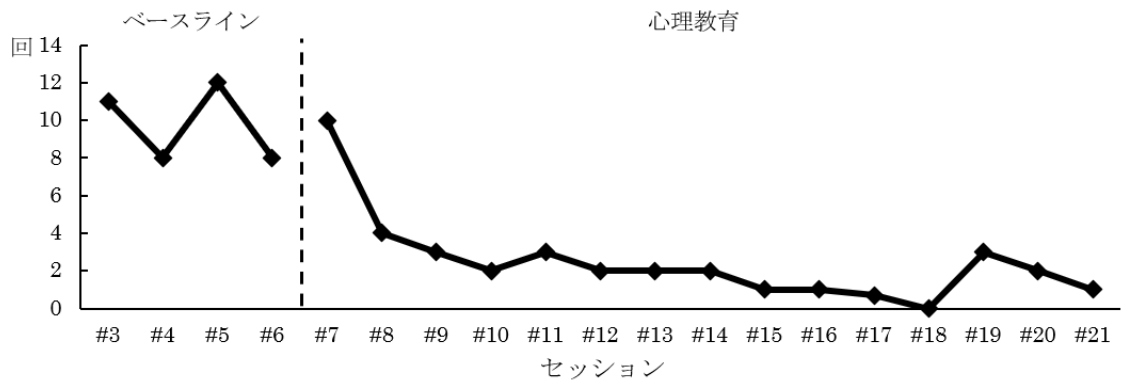


Figure 7 確認の電話をかけた頻度 (2週あたり)

実践研究 5

正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例：名前を強 迫的に思い出そうとする男性の事例**

(**注 2：2020 年度 ACT Japan 年次ミーティングにて発表)

【クライアント】

クライアントは 60 代の男性であった。主訴は「思い出せないことが不安になりパニックになる」というものであった。主治医による診断は神経症であり、処方内容はオランザピンとクロキサゾラムであり、どちらも頓服として処方されていた。セッションの時間は 1 回約 50 分であり、実施頻度は約 1 週間に 1 回であった。

【症状・問題の機能的アセスメント】

思い出せないことに対する不安と回避について

クライアントは、TV で観た芸能人や会った人の名前、曲名、花の名前、車の車種の名前、物の場所などを思い出せないと、思い出せないままにすることに不快感を感じ、わかるまでインターネットの「日本人の名前一覧」といったページを開いて五十音順に調べたり、花等の専門書を読んで調べたりしていた。実際にベースライン期でクライアントが人名などをインターネットで調べた頻度は、1 日あたり 4 回前後であった。調べても思い出せないと、数時間考え続け、夜の入眠が困難となることもあった。クライアントは「思い出せなくても何かが起こるとは思っていないが、思い出せないことが気持ち悪くて、どうしてもスッキリさせたい」と述べていた。

意欲の低下と余暇活動の減少について

クライアントは、思い出せない人名等を調べたり、考え続けたりすることが増えるにつれ、病前に好んで行っていた畑作業や趣味のラジコン、ラジオや歌を聞くといった余暇活動を行う意欲がなくなったと報告した。クライアントは、「もともとは畑作業やラジコン、ラジオや歌を聞くことも好きだったが、畑に行くと植物の名前が思い出せなかったり、ラジオや歌を聞くと歌手や歌の名前を思い出せないのではないかと思って、できなくなっている」と述べた。実際にベースライン期でクライアントが仕事以外の時間に、これらの余暇活動を行った頻度は、いずれも 0 回であり、自宅にこもって思い出せないことを考え続けたり、ラジオの「ザー」というノイズを聞いて、思い出せないことの不快感を紛らわせることがあった。

【生態学的アセスメント】

クライアントの典型的な1日の過ごし方は以下のようなものであった。朝5時頃起床し、そのまま布団にいても思い出せないことを考えてしまって眠れないため、散歩に行っていた。散歩から帰宅し、妻が用意した朝食をとり、午前中はTVを観たり、ラジオの「ザー」というノイズを聞いたりしていた。午後は、14時から18時までスーパーのパート（週5日、1日4時間）に行った。仕事から帰宅し、夕食を摂り、就床は23時半ごろであった。しかし就寝後に中途覚醒が多く、一睡もできない日もあった。仕事が休みの日は家にもってTVを観る時間が長く、外出は近所を車で一周する程度であった。

【家族・ソーシャルサポート】

クライアントは、妻と次女との3人暮らしであった。妻は専業主婦であった。また、長女は結婚して近所に住んでおり、孫が3人いた。

【クライアントが希望した治療目標】

クライアントに、症状が改善したらどのような生活を送りたいか尋ねると、「思い出せないことで不安が続いてパニックになり、趣味のラジコンや畑作業、ラジオを聞くこともできないので、また趣味を楽しめるようになりたい」と述べられた。

【標的行動と行動指標】

主な標的行動は、畑作業をする行動、ラジコンをする行動、ラジオや音楽を聴く行動とした。これらの行動は、週あたりの頻度を指標とした。測定方法は、記録シートにクライアント自身が記録する、自己記録であった。これらの行動を主な標的行動とした理由は、これらの行動が病前に日常的に実行されており、クライアント自身も実行したいと述べていたことから、これらの行動の実行により、クライアントが正の強化を受ける機会の増加を期待できたためであった。また、本事例で用いた介入は曝露反応妨害法であったが、畑などに外出をしたり、ラジオを聞いたりすることは、植物の名前や曲名などを思い出せなくてもそのままにする、といった曝露反応妨害法を実行する機会として活用できると考えられたためであった。

【介入方法】

セッション3より、曝露反応妨害法をセッション場面において実施した。具体的には、インターネットにて公開されている歌手や俳優、タレントなどの芸能人の顔写真を多数印刷し、セッション中にその顔写真をクライアントに提示していった。その際、提示した人物について、「顔を見たことはあるが名前を思い出せない」と答えた時に、「わかんない、わかんない・・・」と早口で言い続けさせることで、思い出そうとする行動を妨害した。また、その人物の名前わからないままにいる際に身体に生じている不快感を避けずにそのままにする

よう伝えた（クライアントが名前を即座に答えられるか、あるいは「全く見たことが無い」と答えた場合には、次の顔写真に移った）。セッション終了後もその顔写真の人物について調べたりはせず、不快な身体感覚の変化を観察し続けるよう伝えた。日常場面においても、名前を思い出せない場面があった場合に、「わかんない、わかんない・・・」と言いつけ、不快感は避けずにそのままにするよう伝えた。

セッション7からは、セッション中に病院の外に生えている花や木を見に行き、そこで名前を思い出せない植物を見つけた際に、同様の取り組みを行い、日常場面でも続けるよう伝えた。

【介入の結果】

介入の結果、クライアントが畑作業やラジコン、カセットやラジオを聞くといった余暇の活動は増加した（Figure 8）。畑作業を行った頻度は、セッション6から7までの期間で一旦顕著に増えたが、セッション7において、「畑に行くことが増えたことで、そこに生えている木や花の名前が気になった」と報告された。そのため、セッション7から、セッション中に病院の外に生えている木や花を見て、名前を思い出せない際に曝露反応妨害法を実行するようにした。その結果、また徐々に畑に通う頻度が増加していった。ラジコン飛行機を飛ばした頻度は、天候等の影響で行けないことも多かったが、強迫症状が理由で行けなくなることは無くなった。日常で名前が思い出せない場面に遭遇した際には「わかんないわかんない、南無阿弥陀仏」と唱え、思い出そうとする回避を自ら妨害していることが報告された。その結果、インターネットで人名等を調べる行動は減少した（Figure 9）。

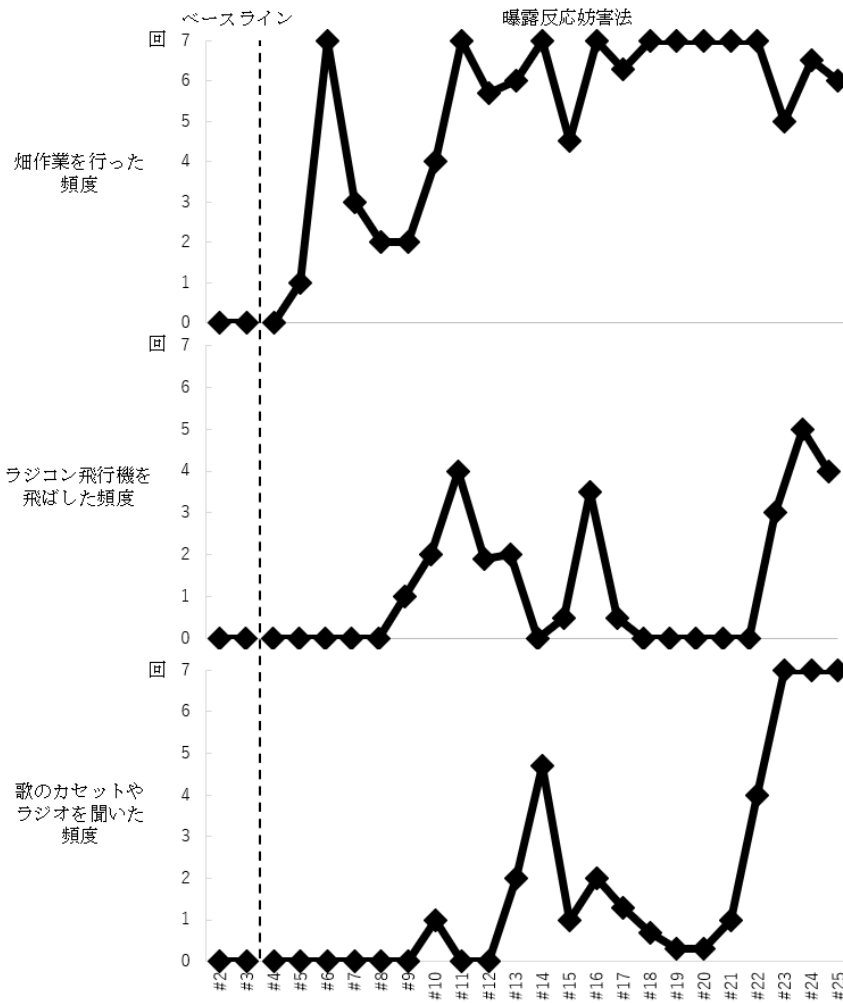


Figure 8 クライエントの行動の変化

(上段：畑作業を行った頻度，中段ラジコン飛行機を飛ばした頻度，下段：カセットやラジオを聞いた頻度（1週間あたり））

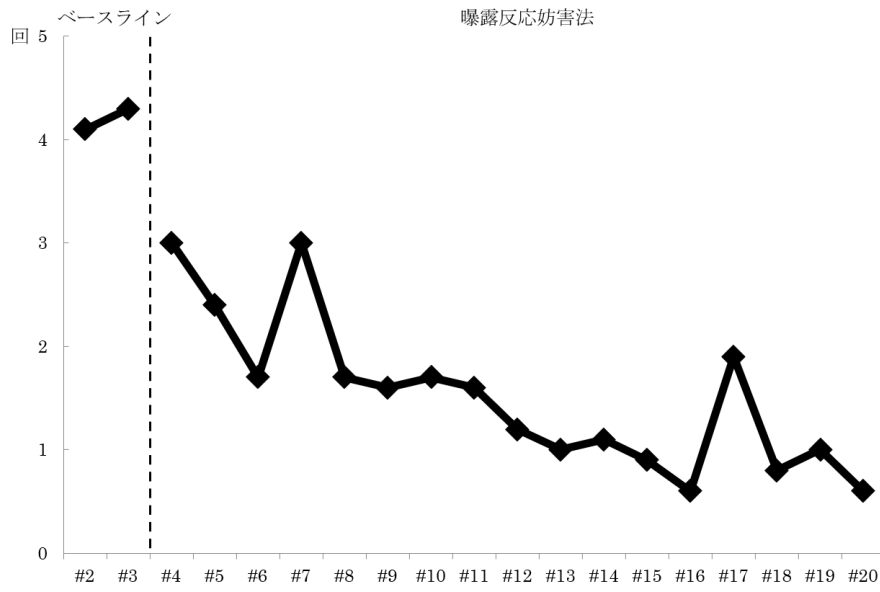


Figure 9 思い出せないことをインターネットで調べた頻度
(1日あたりの平均)

実践研究 6

正の強化に焦点化して標的行動を選択した事例：失神症状 を示す不登校の高校生の事例**

(**2020年度 ACT Japan 年次ミーティングにて発表)

【クライアント】

クライアントは高校3年の男性であった。主訴は「学校を休んでいる。登校や勉強をしようとするすると下痢や嘔吐をし、失神することがある」というものであった。主治医による診断は神経症であり、薬は処方されていなかった。セッションの時間は1回約50分であり、実施頻度は約1~2週間に1回であった。

【症状・問題の機能的アセスメント】

登校や勉強に取り組む際に生じる失神等の症状について

クライアントは当初、高校の試験期間において、自宅で試験勉強に取り組んでいる時や、試験を受けに行く直前に腹痛が生じ、自宅のトイレで下痢や嘔吐を繰り返し、試験期間に学校を休むようになった。クライアントは、試験の結果について親から叱られたことは無かったが、「試験結果が悪くて親から心配な子だと思われなかが不安になる」と述べた。その後、クライアントは試験前に限らず、朝学校に行こうとしたり、家で勉強をしたりするだけでも下痢や嘔吐、手の震え、過呼吸が生じるようになり、そのまま失神するようになった。失神は自室のベッド、リビングのソファや床、または家族が運転する車の中、病院の待合等においても生じた。意識は5分前後で回復することが多かった。これらの症状により、母親は学校を休むようクライアントに勧め、クライアント本人も「学校が怖い」と述べ、学校を休むようになった。学校を休んで以降、下痢や嘔吐は少なくなったものの、試験に関する話を聞いたり、学校の文書に記入したり、試験について考えた際などに失神することが続いた。クライアントは教科書などの勉強の教材を開くことや、触れることも怖くなって避けるようになり、それらを自宅の視界に入らない場所に保管していた。

【生態学的アセスメント】

クライアントが学校を休むようになってからの典型的な1日の過ごし方は、以下の通りであった。7時前後に起床し、母親が用意した朝食をリビングで食べる。その後、リビングでTVを見たり、掃除をしたりして過ごし、12時ごろに母親が用意した昼食を食べる。午後はゲームをしたり、近所の祖母宅に行ったり、昼寝をしたりして過ごし、夕方からは友人とラインをしたり、帰宅した

妹とゲームをしたりして過ごす。18時ごろに夕食を摂り、24時頃に就寝していた。寝つきに時間がかかることがあったが、食欲は良好であった。

【家族・ソーシャルサポート】

クライアントは、父、母、妹との4人家族であった。父は会社員をしており、母は販売の仕事をしていた。

【クライアントが希望した治療目標】

クライアントに長期的な目標について尋ねると、「今まで通っていた高校に戻れるかはわからないけど、高校卒業の資格は取りたい。子どもが好きなので、保育が学べる大学に進学して、保育士になりたい。将来は子どもにサッカーを教えたい」などと述べた。

【標的行動と行動指標】

標的行動は、教科書を読む（書き写す）行動とした。この行動を標的行動として選んだ理由は、クライアントが勉強に関連する書物を失神せずに読めるようになることが、高校卒業の資格取得や職業選択など、クライアントが希望する長期的な目標に近づくために役立つと考えたためであった。この標的行動に関する行動指標は、教科書を読んだ（書き写した）持続時間、およびその際に読んだ教科書の科目の累積レポートリー数を主な指標とした。また、症状に関する指標として、クライアントが気絶したと両親が報告した頻度を測定した。

【介入方法】

クライアントが失神せずに教科書等を読めるようになるには、クライアントを教科書等に曝すとともに、自身の感情や身体感覚の変化を知覚して、失神する前に止まれるようにする必要があると考えた。そのため、セッション5より、感情や身体感覚に対するクライアントの知覚を高めることを目的として、マインドフルネスのトレーニングを開始した。次に、セッション11より、アクセプタンスを強調したエクスポージャーをセッション場面において実施した。具体的には、セッションに教科書を持参してもらい、セッション中に教科書を読むことで不快な感情や身体感覚を体験し、その感情や感覚を避けずに観察し、報告してもらうとともに、失神する前に読むことを止めてもらった。

【介入の結果】

介入の結果、マインドフルネスを行っていた期間ではクライアントが教科書を読む（書き写す）行動の持続時間に変化は見られなかったが、エクスポージャーを行って以降、持続時間が増加した（Figure 10）。また、その持続時間の増加は、特定の科目の教科書に限られたものではなく、複数の科目においても見られることが示された（Figure 11）。また、クライアントの失神に関する両親からの報告は、介入後に減少し、特に教科書を読む時間をクライアントが自発的に増加させた時期からほぼ0回が続くようになった（Figure 12）。その

後、クライアントは通信制の高校に転校したが、レポート課題やスクーリングにも問題無く取り組むことができ、試験も失神すること無く受けることができた。そしてクライアントが希望していた保育系のことが学ぶことのできる大学を受験し、無事合格したことが報告された。

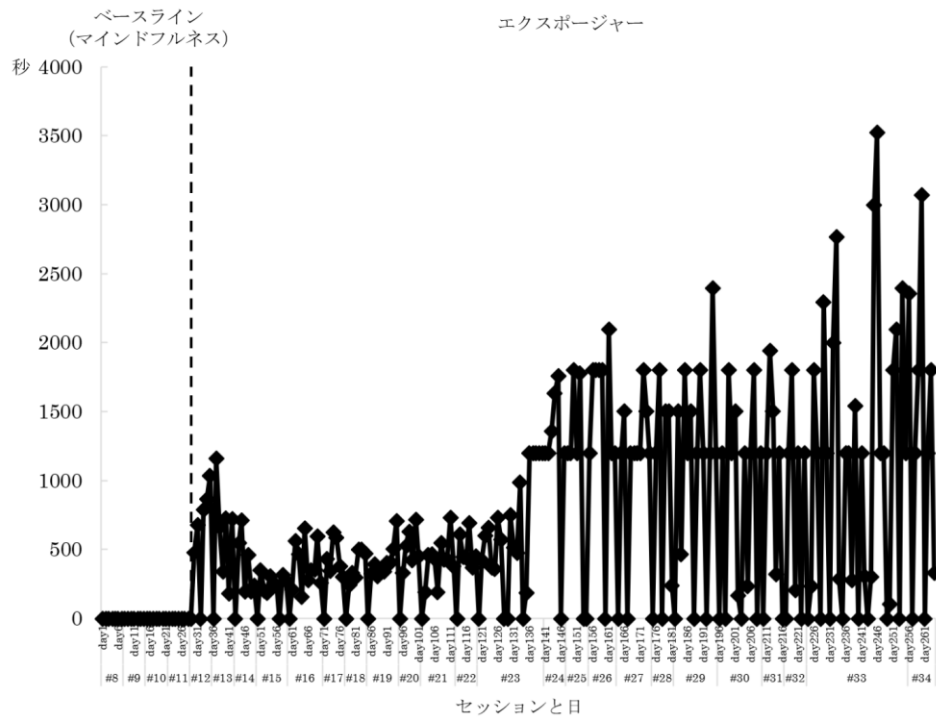


Figure 10 クライアントが教科書を読んだ（書き写した）持続時間

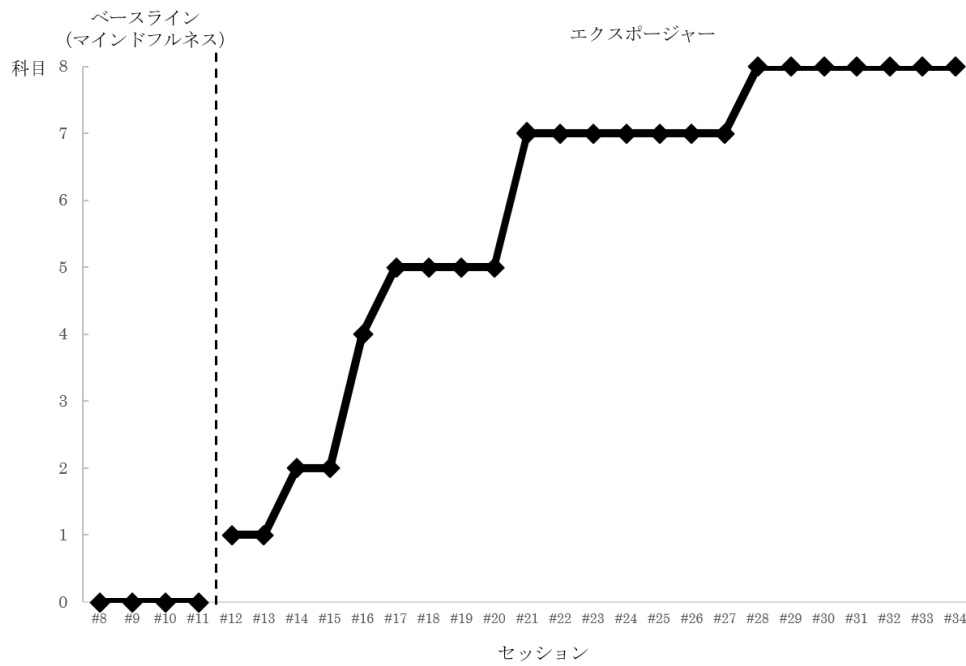


Figure 11 クライアントが読んだ（書き写した）教科書の科目の累積レパトリ数

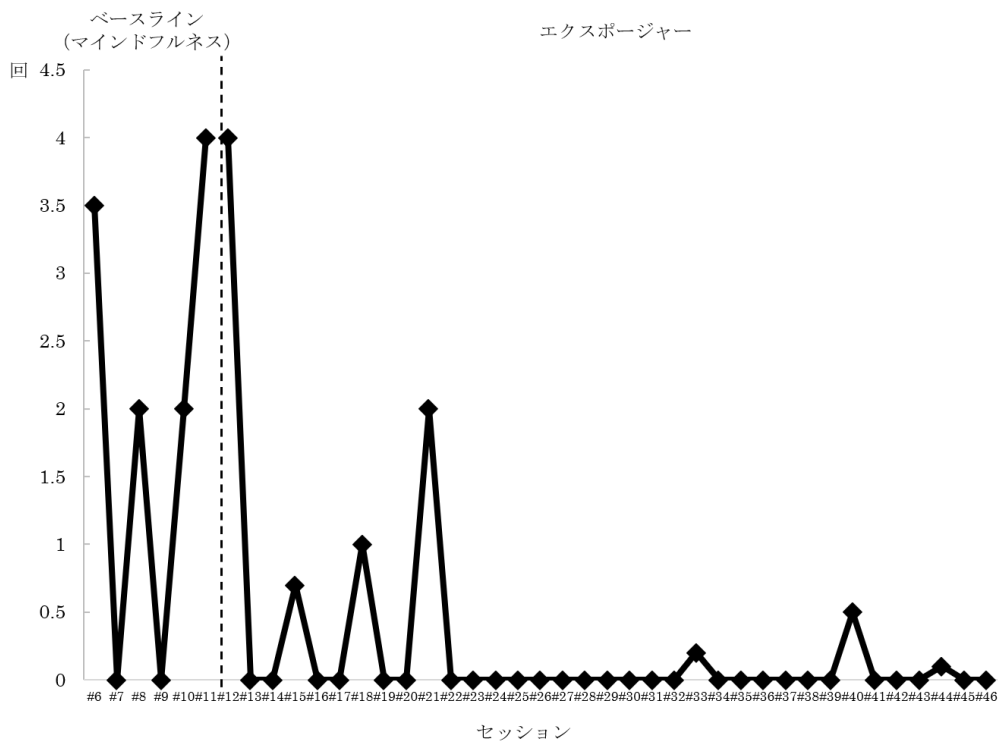


Figure 12 両親から報告されたクライアントの失神の頻度