

ブリッジ言語としての行動随伴性： 主観と客観、適応と不適応の架け橋

Behavioural Contingencies as a Bridge Language: Translating Subjectivity into Objectivity and Distinguishing between Adaptation and Maladaptation

吉野 俊彦*

Toshihiko YOSHINO

This paper argues that behavioural contingencies may play a critical role in consoling controversies and disputes regarding science in clinical psychology. Some claim that clinical psychology is not an applied field of basic scientific psychology and evidence-based practice view does not solve any issues in these areas. These allegations seem to common only in Japan. Behavioural contingencies and functional analysis have been recognised as the foundation of behaviour analysis in both experimental and applied situations. Employing behavioural contingencies and functional analysis in the clinical setting enhances the validity of psychological assessment and intervention alternatives. Client's words and narratives can be translated into behavioural contingencies, and some appropriated alternative of intervention to solve the client's problem can be provided based on the translation. It is suggested that behavioural contingencies bridge between subjectivity and objectivity, and distinguishes between adaptation and maladaptation.

キーワード：行動随伴性, 機能分析, 科学性, 個別性, 臨床心理学, 行動分析学

はじめに

本稿では、行動分析学の基礎概念であり、行動を見つめる視点・枠組みである行動随伴性が、主観と客観を繋ぐ役割を果たす可能性について論じる。まず臨床心理学における科学と個別性の問題を、臨床家がどのように捉えているかを含めて論じる。次に、実際に筆者が関わった症例を紹介して、行動随伴性や機能分析が査定や介入にどのように使われているかを概観する。そして、主観と客観だけでなく、適応と不適応との境界線をどのように行動分析学が捉えているかについて論じる。

1. 臨床心理学の科学性

1) 科学についての日本独自の捉え方

山下 (2016) は、村瀬 (1987) の以下の主張を踏まえて「臨床心理学は基礎的心理学の応用分野ではない」としている。曰く、『基礎』的な心理学の知見を現実の要請に役立つように『応用』する例は少なく、歴史的には臨床心理学的な課題を解決するための思索や工夫が、やがて洗練され体系化されて独

自の技法を確立する、さらに、基礎から応用へというのは「古い考え方で、しばしば現実に合わないものであることを実証している」という。1987年といえば、ちょうど医学の世界でEvidence based (証拠に基づいた) という用語が用いられた年である。以来、この用語とその理念は医学のみならず、心理学を含む様々な領域に広がりを見せている。山下 (2016) の主張は、そうした動きを批判した上で、臨床心理学はこれからも今後も「思索や工夫」を元にした活動を続けて独自の技法を確立し続けるべきということなのだろう。

こうした考え方は山下 (2016) ひとりのものでなく、また村瀬 (1987) にまで遡らなくても、軌を一にする主張を探すのは難しくない。例えば、山中 (2016) は、現在の精神医学を、「アメリカ一辺倒のDSM-5という、実に狭隘な、治療哲学なき診断体系や、evidence basedなどという、一方的に偏った浅薄な科学観に基づいている」と批判している。また、岸 (2016) は心理療法における科学性に一定の理解を示しながらも、「人間の『体験』を理解しようとする人間科学においては、自然科学とは別種の

* 本学大学院心理臨床学専攻教授

エビデンスが考えられてしかるべき」としている。ただ「人間科学におけるエビデンス」をどのように評価するかについての具体的な提言はなく、「丁寧な『事例研究』がますます必要になってくる」とこれまでの方法を肯定するにとどまっている。

科学とは何かという問題を措くとして、「科学性」と臨床心理学との関連についてのこうした議論が繰り返される一つの理由として、下山（例えば2010）は日本における臨床心理学の独自性を挙げている。Lake & Wittington（2015）は現在の臨床心理学の活動のベースとして科学と技術との両方が必要であるとしている。ちなみに、Lake他（2015）は典型的な臨床心理学のテキストであるが、TOPICS IN APPLIED PSYCHOLOGYの一部として出版されており、それがおそらく世界的には一般的な見方であると考えられる。また、1949年にボルダー会議で提案された科学者-実践家モデルが世界中の臨床心理学のトレーニングにおけるテンプレートであるとみなされている（例えばJones & Tysor, 2014）。

また、現在でも臨床心理学（あるいは日本独自の心理臨床学）、心理療法、カウンセリングといった言葉が混然として使用されていることも、そうした科学性に対する不信感のようなものを助長していると考えられる。例えば、前述の山下（2016）の「臨床心理学は基礎的心理学の応用分野ではない」を「心理療法は基礎的心理学の応用分野ではない」と言い換えれば些かの違和感もなく受け容れることができる。

2) 臨床心理学の目的

吉野（2009）で論じたように、科学の目的と工学の目的とは本来は異なるものであった。おおざっぱに言えば、前者は説明を目的とし後者は適用や産出を目的とする。臨床心理学はもちろん医学も本来的な目的は、クライアントや患者の問題や症状を説明することではなく、軽減あるいは除去することにある。その意味において臨床心理学は基礎心理学の応用としてでなく存在することが可能である。一方で、エビデンスベースの考えが提唱されてからは、より妥当な説明が可能で、つまりクライアントに対する説明責任を果たした上でその目的を達成することが必要とされている。例えば、ある問題を抱えるクライアントに対して、広義の臨床心理学が提案できる査定や介入方法が複数あるとき、それぞれの方法をそれぞれの介入効果の予測も含めて説明し、クライ

アントによる選択または了解を得ることは必須であろう。山中（2016）の「evidence basedなどという、一方的に偏った浅薄な科学観に基づいている」という批判は、介入方法の選択肢を制限して、現在は具体化されていない「人間科学のエビデンス」もないままに特定の介入方法に偏る危険性があるように感じられる。

けれども、筆者は上述の山下（2016）らの主張を頭ごなしに否定しているわけではない。山中（2016）は、「国民のここを守らねばならぬ」ことが臨床心理士の命題であるとした上で、その「責任性」を担保するために「医師と同等の、院卒以上の学歴と、臨床経験というものが必要」と主張している。そして、現在の臨床心理士の有資格者の中にも「酷いレベルの臨床心理士もいっぱい居る」と警鐘を鳴らしているが、こうした主張は尊重されるべきだろう。それは臨床心理学の一般的な定義である「クライアントの問題や苦悩を心理学の理論を用いて理解し、心理学的なアプローチによってその問題や苦悩を解決したり軽減する活動」（例えばJones & Hartley, 2015）よりもより高邁であるように見える。その目的の高邁さは措くとしても、臨床心理学がクライアントのための活動であることを双方の立場が共有していることは事実だろう。ただ筆者には、科学性を重んじる立場が、そうでない立場を「思慮深い実践家 reflective-practitioner」（Jones & Hartley, 2015）とその必要性を認識しているのに対して、後者は「科学者-実践家 scientist-practitioner」を上述の例のように否定的・敵対的に捉えているように見えてしまう。

3) 臨床心理学における科学性と個別性

後者が臨床心理学の領域において科学を否定的に見る理由の一つに「個別性」がある。科学が個別性を扱えないという主張である。「『個別性』がとても重要なこととなり、その『主体』に迷いながら、試行（思考）錯誤を重ねながら、いかにかかわっていくかが、とても大切」という主張（岸, 2016）に象徴されている。こうした認識が科学的な活動そのものについての誤解に基づくのかどうかまではわからないが、少なくとも「国民のここを守る」上で「個別性」や「(主観的: 筆者挿入)体験」が重視されるべきであるという主張は尊重されるべきである。また、科学がそうした主観的な体験や個別性を尊重しにくいのも事実である。心理学においても、行動

や特性を代表値と散布度で表現して「標準的な・平均的なヒト」を記述している。ここでは個人差は「誤差」として扱われるか、人格心理学において、分布全体の中での相対的な位置として記述されているだけである。そうした基礎的なアプローチを「個」を扱う臨床場面に持ち込むべきではないという主張は全く意味のないことではないだろう。

けれども、「個」や「主観」を科学的なアプローチが扱うことができないわけではない。例えば、当初は主観的な概念であり、科学によっては扱えないとされていた「意識」の働きは前頭葉前頭前野にあると考えてよさそうである（例えば荳阪, 2007）。また、行動分析学は次項で述べるように科学的なアプローチを前提として、同時に「個」を対象とする。Skinner (1957) のように自己意識を言語行動（内言）として操作的に定義するのは乱暴の謗りを免れないかもしれないが、行動分析学は主観と客観、個と平均とを繋ぐ機能を持っている科学であることに違いない。次項以下で行動分析学の基礎概念である行動の随伴性がそうした二項対立の架け橋となる可能性について論じる。

3. 行動分析学の特徴と前提

1) 行動分析学の特徴

行動分析学とは、人間を含む動物の行動を記述し、説明し、予測し、そして制御する科学である。このような4つの部分は行動分析学に限らず、心理学に一般的であると考えられるが、行動分析学に特徴的な違いがいくつかある。

まず、哲学として徹底的行動主義に立つ。Skinner (1976) は、行動主義を概観して、行動分析学が立つ徹底的行動主義と、古典的行動主義や方法論的行動主義との違いを論じている。古典的行動主義は「心の表現」として行動を暫定的な研究対象としたり、現代の多くの心理学は仮説演繹による方法論的行動主義に立って、行動をその手がかりに用いて研究対象としている。それに対して、徹底的行動主義は、行動そのものが研究される対象であるとする。研究対象は顕在化された行動だけであるとか、遺伝や生得的なものを無視しているといったよくある誤解と異なり、行動分析学は生得的な基盤を出発点として経験によって行動が形成・維持・抑制される過程そのものを研究し、行動そのものを研究対象としている。

また、行動分析学では行動の記述・説明・予測・

制御という4つの部分がすべて成立してはじめてその行動が「説明」できたとする。4つの構成要素に含まれる説明はいわば仮説としての説明である。このとき、実際に何らかの変数を制御することでその行動に予測された変化がもたらされたときに初めて「説明」できたと考ええるということである。

次に、行動分析学は演繹法でなく、帰納法を説明の論拠として用いる。実験的な場面である個体の行動がある変数によって制御できた、つまり前述の「説明」ができたとする。その変数がその行動に持っている効果の一般性を確認するために、別の個体に適用して同様な結果が再現されるかどうかを検討する。ある別の個体の行動に効果がなかった場合、その個体や行動を誤差や外れ値として考えるのではなく、その変数の効果が得られなかった原因を別の変数に求める。こうした帰納的なアプローチでは一般性を担保できないとする批判があるが、他方の仮説演繹による推論の問題点も再現性をキーワードとして議論されている通りである（例えば大久保, 2016）。

さらに、帰納法を論拠として採用することと関連して、シングルケース研究法を採用する。井垣 (2015) は、他の多くの心理学が群間比較法（ランダム化比較試験 Radomised Controlled Trial: 以下 RCT）をゴールデン・スタンダードとみなしていることを踏まえて、シングルケース研究法の重要性をエビデンスベーストと関連させながら論じている。このシングルケース研究法は、帰納法と関連しながら科学的なアプローチに立つ行動分析学を現代の心理学の中でユニークなものとしている。母集団を仮定して、平均値で現象を説明するのではなく、少数の個体において、ある変数が行動を制御する効果を持つかを検討する研究法である。これは、臨床場面においてクライアントの問題行動がどのような変数によって制御されるかを検討することに直接繋がる方法論でもある。科学的な方法論をとりながら個別性を排除しないという点で、他の方法論と大きく異なっている。

最後に、理論、基礎と応用の3つの要素から行動分析学が構成される。徹底的行動主義の哲学・視点に立ち、そこから導出される仮説を実験的に確認し、それを応用場面で適用する。Mace & Critchfield (2010) は「純粋な」基礎科学と「純粋な」応用活動との乖離が進んでいるとして、橋渡しとなる研究 translational study の重要性を指摘しているが、これは行動分析学がもともと意図していた特徴の一つ

であることの再確認である。

2) 行動随伴性の適用とその前提

こうした特徴を持つ行動分析学の基本言語は行動随伴性である。すなわち、徹底的行動主義に基づいて、行動分析学は行動そのものを研究対象とするが、その行動を分析する方法が行動随伴性ということである。この行動随伴性の詳細についてはここでは省略するが、基本的な4つの強化と弱化だけでなく、臨床的な場面と繋がり強い阻止の随伴性という概念が提唱されていることを強調しておきたい(吉野, 2013)。

行動随伴性を用いた査定や介入の基本は機能分析である。例えば、かんしゃくや逃避、あるいは自傷などの抑制することが望ましいと考えられる問題行動を示す子どもがいたとする。その際に、その問題行動が生じている前後でどのような変化(多くの場合には、周囲の関わり方)を観察することで、その行動がどのような機能・働きを持っているかを分析する。そして当該の問題行動が持っている機能と同じ機能を持ち、より適応的に見える行動を形成する(代替行動分化強化)ことで解決しようとする(例えば野口・飯島・野呂, 2008; 下山・園山, 2010)。また、認知行動療法におけるケースフォーミュレーションでは、面接や検査といった方法によって診断をした上で、行動の機能分析を実施する(松見, 2007; 下山, 2008; Sturme, 2009)。これは認知行動療法がRCTに基づく一般化による診断をした上で、機能分析によって個別性を補う意味があると考えられる。例えば、自傷行為は顕在的な行動として同一であっても、行為者によってこの行動によってもたらされる機能は必ずしも同一でない。拒食や過食といった行動も同様に、その行動がどのような機能を持っているかはクライアント一人ひとりによって異なっている可能性がある。このように機能分析はそれぞれの行動がどのような機能を持っているかを行動随伴性によって説明し、査定に基づいた介入方法と直接繋がる役割をもっているのである。

行動随伴性をキーワードとしたとき、臨床場面に行動分析学の知見を適用する上で前提となることがわかってくる。

まず、行動を記述し、説明するが、評価は行わない。言い換えると、どの行動がより望ましい行動であるかを判断しない。行動随伴性を用いた機能分析で行うのは、その行動の先行条件、後続条件を明ら

かにしてその行動がなぜ生じているかを記述し、説明することである。従って、前提としてすべての行動は適応的であるとする。社会的に望ましくない行動であったとしても、その行動の主体である個人にとってはその行動によって社会的な罰よりも相対的に大きい何らかの強化が得られている、あるいは社会的に望ましい行動を自分の行動のレパトリーとして持っていないと考える。但し、この行動レパトリーによる説明は、筆者の臨床場面における考え方の基本であるが(例えば吉野, 1996)、生態学的学習理論や行動システム理論(例えばDavey, 1989; Timberlake, 1984, 1993)に特徴的なものであり、行動分析学一般に採用されている考えではないことを付記しておく。

次に、介入を治療 therapy と呼ばず、行動変容 behaviour modification と呼ぶ(Skinner, 1974)。つまり、不適応的な行動であったとしても学習によって生じたものであり、消去や新たな行動の形成などによって、より適応的な状態に変化させる、つまり再学習させることができると考える。医学などが採用する構造モデルでなく、機能モデルに立って行動を扱うことになる(スターミー, 2001)。医学は、診断に基づいて介入方法を決定する。つまり、病理として診断することで治療に進む。一方、行動分析学では機能分析による説明に基づいて、行動の原因となっている・原因となる変数を操作することで問題解決を図ろうとする。

これは、前述のように査定と介入とが一対一対応していることを意味する。記述・説明・予測・制御のそれぞれの過程において、いずれも機能モデル、つまり行動随伴性が使われているということである。一方、臨床心理学における多くの査定では、査定に基づいた「見立て」をすることは可能であっても、その査定が介入方法の決定には必ずしも関わらない。例えば、性格検査や知能検査は一般的であるが、ある性格特性が母集団の中で相対的に高いこと、逆に低いことはわかっても、何が原因で問題が生じているのかはわからない。性格特性が高い/低いことが原因であったとしても、その特性を低める・高めるために何をすればよいかをその査定は示さない。知能検査も同様である。全般的な知能指数はもちろん、診断的な知能検査によってある下位得点が低いことはわかっても、それを高めるための方法は示さない。

このように、行動分析学において行動随伴性をキーワードとしてみたとき、その前提となっている考え

方が明らかになってくるのである。

3. 行動分析学に基づいた臨床適用：強迫性障害を例として

ここで、実際に筆者が関わった強迫性障害と診断されたケースをもとにして、行動分析学による介入がどのように行われるかを概観する。なおここでは具体的な年月などの詳細については省略する。なお、ここで紹介するケースだけでなく、筆者が関わるのは精神科・心療内科の外来クリニックにおいて、主治医である精神科医がその必要があると判断されたケースである。

1) 儀式行動を示す20代女性のケース

まず、20代女性のケース（C1）である。子どもの頃から几帳面な性格と言われ、またいわゆる験担ぎの行動（以下儀式行動）をしていた。C1によれば、勤務先の同僚男性が何も出来ないのも、自分が2人分働かなければならない状況が生じたところから、1) しなければならないことが沢山ありすぎる、2) 朝起きてから出勤までの準備を順番にしなければ不安、3) 出勤準備だけでなく何をやるにもやり方と順番が決まっていることなどから、生活する上で苦しさを感じることを主訴に受診した。医師の診断は強迫性障害で、抗不安薬などを処方されたが改善が見られないために、カウンセリングを紹介された。

初回面接では、これまでの経緯、問題と感ずることやしんどく感ずることを話してもらい、そこから維持されていると推測できる行動パターンや思考パターンをまとめた。比較的わかりやすい例であったために、初回からそうしたパターンが維持されている随伴性を説明して、実際に実行可能なことを一緒に考えた。2回目以降は、実際に行ってどうだったかの報告と、それをもとにした問題点の確認と説明、そして提案とC1による実行というサイクルであった。

初回で確認したことは以下の4点であった。まず①儀式行動は「いけないこと」ではないこと、つまり、きちんと何かを実行するため、あるいはよくないことが起こるのを未然に防ぐために必要であり、問題となるのは過剰となった場合であること（C1では以前より習慣化していたが、それが過剰となって日常生活に支障を来すようになった）、そして、②それぞれの行動がなぜ生じているかについての理

解が必要であること、③儀式行動をしなかったときに不安が生じるのは自然なことであること、さらに④そうした不安は意図的に直接コントロールしにくいこと。これらをもとにして、儀式行動が、阻止の随伴性で維持されている可能性、しかも実際には働いていない随伴性（行動分析学では「ルール」と呼ぶ）によって維持されている可能性（C1自身も、しなくても大丈夫と思うが、よくないことが起こったらと不安になってしまうとのこと）を説明した。

ここから2つの提案を行った。まず、新しい儀式行動が増えそうなとき（これをしないとよくないことが起きるかもと不安に感じたら）気ぞらしすることと、止めても大丈夫かなと思える儀式行動を止めてみることである。その際、それらの提案が実行できなくても自分を責める必要はないことを注意した。

2回目のカウンセリングで、すでに就寝前に複数のクッションを特定の順番に並べる儀式を中止してうまくいったとの報告があった。止めた夜は不安だったが、「しなくても大丈夫」との説明通り何も起こらず、1週間続けられたという。これをきっかけとして、退社時の施錠を順番に行う（順番を間違えたら最初からやり直し）、書類を書き間違えたら最初から全部やり直す、脱衣、洗髪など一定の順序で入浴する、自宅から最寄り駅までの間で決まった場所で横断する、などなど、数多くの儀式行動が4回目のカウンセリングまででほぼ生じなくなった。3回目ではちょっとしんどいことがあり、儀式行動を止めたことが原因かもと一時的に不安にもなったが、うまく乗り越えられた。その後、通院と服薬はしばらくの間続けたが、再燃もなかった。

2) 確認行動を示す30代男性のケース

もうひとりのケースは30代男性（C2）。大卒後、研究職として4年働いた後、営業に異動となったが、成績が悪く上司ともそりが合わなかったために退職した。古物商として自営を始めて13年であった。確認行動が多くて日常生活がうまくいかないことを主訴に、カウンセリングにかかる4年前からクリニックを受診して服薬を受けていた。服薬によって悪化はしないものの改善が見られないために、カウンセリングを勧められた。

初回の面接では、C1と同様に経緯と現在の問題点を話してもらった。C2では過剰な確認行動が生じていた。10年前に店の入口の施錠確認から始まり、4年ほど前（受診に至ったきっかけ）には、悪化し

たために外出も出来なかったとのこと。服薬することで少し落ち着いているが改善しない、確認行動が多いことがストレスとなっている、また時間のロスにもなり、悪循環が生じているように感じるなどを話された。その時点で生じていた確認行動は店の入口の施錠確認（7～8回）、蛇口が止まっているかどうかの確認（帰宅時には40～50回程度）、お金の枚数を数える（2～3回）などであった。また、客の前では釣り銭の確認行動は生じないということにも注目した。次回までに、確認行動のリストの作成と確認行動（C2の提案で蛇口）を可能であれば止めてみるように提案した。

2回目は作成されたリストをもとにして、商品の発送に際しての内容物の確認をターゲット行動として、阻止の随伴性で維持されていることを説明した。そして、確認を止めても大丈夫であるとC2自身もわかっていることから、商品の封入時の一連の行動と一緒に考えた。発送ボックスを準備し、C2が考えた「確認・確認・チェック」というフレーズを指差し確認しながら唱えて封入したら発送ボックスの中に入れる、確認しなくなったら気ぞらしし、特に次の仕事に取りかかる、うまくいったら「けっこういけてる」と自己賞賛する、そして100円を貯金箱に入れてお楽しみに使えるようにするという付加的随伴性も設定した。また、うまくいなくても、「また次からやればよい」ことを注意した。

3回目では提案を自分なりにアレンジして決めごとのようにして実行したところ、発送にかかる時間が4分の1程度に短縮しただけでなく、ターゲット以外の確認行動もそれに伴って減少したという報告があった。C2も5回目までではほぼ日常生活に支障がなくなりカウンセリングは終了した。

3) 主観と客観とのブリッジ

これらのケースに限らず外来でこうした介入を行う際には、クライアントが実際に行っていることを知るのには彼／彼女の言動に頼るしかない。つまり、行動分析学で最も重要なターゲット行動がどのような随伴性で生じているかの確認は客観的な行動観察でなく、主観的な言語報告、誤解を恐れずに書けば、ナラティブに頼るしかない。こうした言語によるカウンセリングと介入では、例えば自閉性障害の子どもを対象とした介入のように、その場でそのターゲットとしている行動がどのように生じたり生じなかったりするかの確認できないのである。

その際に注意すべきであるのは、共感・傾聴・受容を前提として、できるだけ具体的な記述をクライアントから引き出すことである。クライアントは当然困って来談しているわけであるが、そこで何がどのように生じているかについては必ずしも他者に伝えるほどに観察できているわけではない。一方で感情的な変化については、不安や困惑などを代表として比較的現実在即して理解していることが多い。その感情が何によって生じているのかを思い出してもらえれば、その場面でクライアントが何をして、その結果として何がどのように生じているか、無くなっているかという行動随伴性の言語に近づけることが可能となる。

万一、その記述が現実と齟齬があれば、その記述を元にした機能分析も提案も役に立たなくなってしまふ。けれども、クライアントに実際に生じていることに注意を向けてもらうことで、少しずつでも現実に即した記述に近づけていくことが可能となる。また、実際に生じていることとそうでないこと、つまりルールによって制御されている可能性が示唆されることになる。このようにして、行動随伴性によって、主観と客観（現実に生じていること）とをすりあわせることができる。さらにクライアントが自分自身の行動や感情を客観視できるようになる場合も実際に生じる。

そのようにして得られた情報を行動随伴性の言語に翻訳すれば、何が問題行動を維持しているか、その問題行動を減少させるためにどのようにすればよいかという介入の具体案が導かれる。C1であれば、儀式行動は嫌子出現の阻止によって強化されていること、同時に迷信的に強化されていること、つまりルール支配行動（例えば吉野, 2007）によって維持されていると説明できる。現実には儀式行動を行うことで嫌悪的な事象が生じなくなっている、言い換えれば、儀式行動を行わなければ嫌悪的な事象が生じるわけではない。C1は、しないことで万一生じてしまう嫌悪的な事象をあらかじめ回避しており、回避条件づけの消去抵抗が高いことと対応している。従って、曝露反応妨害法（例えば 堀越・蟹江, 2015; 中谷・加藤・中川, 2016）が提案できる。儀式行動をしなくても何も悪いことは生じない、より正確に言えば、してもしなくても悪いことが生じる確率は変わらないことを説明した上で、儀式行動をしない、またはそれとは別の行動を試してみようという提案が可能となる。C2であれば、確認行動

をきっかけとして生じる、きちんとできているかという不安が、再度確認行動を行うことで一時的に低減する、つまり嫌子消失の強化を受けている。けれども、再度確認行動をすることで同様な不安が再度擡げるために、確認行動を繰り返し、それをきっかけに不安が擡げるという悪循環を招いていると説明できる。

曝露反応妨害法とは要するに消去である。強迫行動のように、阻止の随伴性（あるいは回避条件づけ）によって維持されている行動は消去抵抗が高い。なぜなら、実際にはその行動をしなくても何も嫌悪的な出来事は生じないにもかかわらず、あらかじめ嫌悪的な出来事が生じないようクライアントがルールとして持っている行動をしてしまうためである。つまり、してもしなくても変わらないのだが、その行動をしているから嫌悪的な出来事が生じていないというルールが維持されやすいのである。そのために、その反応を妨害（しないように）して、実際に働いている随伴性に曝すことで消去するのである。要するに何らかのきっかけで形成された反応を消去しているのだが、その説明も介入もいずれも行動随伴性による機能分析によって行うのである。

クライアントが話す言葉は主観的なものである。それを行動レベルの随伴性の言語に翻訳して、問題行動が維持されている、あるいは生じない理由を機能分析によって考える。クライアントの記述が十分でなければ、機能分析が行われたとしてもそれに基づく介入は効果を持ちにくい。その際は再び機能分析を繰り返すことになる。

このように、クライアント自身のことばに耳を傾けて、行動随伴性の言語によって機能分析することが、行動カウンセリングの査定であり介入方法を見出す手段なのである。

4) 適応と不適応の境界線

紹介した2つの例では適応と不適応との違いを見出すことができる。生じていた儀式行動や確認行動、これらは当初は適応的な行動であった。つまり、それをすることによってよくないことが避けられている（ルールに過ぎないが、C1はそのように信じていた）し、確認行動をすることで問題が生じないだけでなく、そこで生じている不安が一時的に低減していた。そうした適応行動が過剰になってしまったために、主観的にしんどいという不適応な状態に至ったことになる。

注意したいのは、こうした適応と不適応を分ける境界線は、これらの例ではクライアント自身の主観であったということである。そこには、自然科学で語られるような客観的な境界線は存在しない。一般のスクリーニングに使用されるようなカットオフポイントも存在しない。また、クライアント自身でなく、家族や同僚などの周囲がその過剰な状態に気づいた場合であっても、その周囲の人間の主観が適応と不適応とを分ける境界線である。そこにも客観的な境界線はない。

こうした適応と不適応とを分ける境界線にあるのは、クライアントがその行動をすることであるいはしないことで感じる不安や窮屈さ、生きづらさといった感情である。その感情がなぜ生じているかを行動随伴性を記述することから見出すことが可能である。この意味で、行動随伴性は適応と不適応との境界線を、クライアントの主観を含めて科学的な視点から見出していると考えられる。

尤も行動随伴性がすべての状況において万能であるわけではない。様々な問題行動のうち、いわゆる内因性と分類される遺伝や体質によって生じていると考えられる場合には、経験によって生じる行動の変容である学習の関わりは少ない。一方で、例えばうつであっても、嫌悪事態をコントロールできないことによって生じる学習性無力（Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Maier & Seligman, 1976; Seligman, 1974）と呼べるような場合であれば、行動随伴性からその説明や対処のてがかりを十分に得ることができる。

以上のように、主観と客観、そして適応と不適応の両者を繋ぐブリッジ言語として行動随伴性が働いていると考えられる。

5) おわりに

国家資格としての公認心理師法をきっかけとして、日本における臨床心理学は現在分岐点に立っている。下山（2010）が概観したように、日本の臨床心理学は独自の発展を遂げてきた。誤解を恐れずに言えば、「ガラパゴス臨床心理学」ともラベルを貼ることができるかもしれない。そうした状態から、より科学的な方向にシフトするかどうかという分岐点でもある。

科学的な方向性に異議を唱える理由の中心には、個別性を科学が扱いにくいという性質とそれでも科学的な方法で個に関わることができることが十分に

は知られていないことがあるように感じる。本稿では行動分析学における行動随伴性とそれによる機能分析がそうした科学と個別性、言い換えれば客観と主観とを繋いでいることを述べた。同様に、適応と不適応との境界線についても、行動随伴性によって理解が可能であることを示した。

現在、認知行動療法のケースフォーミュレーションにおいても機能分析は重要な役割を果たしている。機能分析による査定は、介入の方法を具体的に示している。行動随伴性や機能分析を、臨床場面で活動している専門家に理解した上で取り入れることで、「ここを守る」とまでは至らなくても、様々な問題に苦しんでいるクライアントの役に立つという、実践活動の目的が達成できればと願っている。

引用文献

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Davey, G.C.L. (1989). *Ecological Learning Theory*. London: Routledge.
- 堀越勝・蟹江絢子 (2015). 強迫性障害の認知行動療法 (曝露反応妨害法) 臨床精神医学, 44, 1513-1520.
- 井垣竹晴 (2015). シングルケースデザインの現状と展望 行動分析学研究, 29, 174-187.
- Jones, F., & Hartley, C. (2015). What does a clinical psychologist do? In G.Davey, N.Lake, & A.Wittington, *Clinical Psychology (2nd ed.)*. London: Routledge.
- Jones, T., & Tyson, P. (2014). *Abnormal and Clinical Psychology*. Pearson.
- 岸良徳 (2016). 「迷いのない臨床」に急ぎすぎはないか? —今後の臨床心理士の在り方を考える 臨床心理士報, 27 (1), 26-27.
- Lake, N., & Wittington, A. (2015). The Science and Art of Psychological Practice. In G.Davey, N.Lake, & A.Wittington, *Clinical Psychology (2nd ed.)*. London: Routledge.
- Mace, F.C., & Critchfield, T.S. (2010). Translational Research in Behavior Analysis: Historical Traditions and Imperative for Future. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 93, 293-312.
- Maier, S. F. & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.
- 松見淳子 (2007). アセスメント, 機能分析, そしてケースフォーミュレーションへ: 下山晴彦編 認知行動療法-理論から実践的活用まで 金剛出版
- 村瀬孝雄 (編) (1987). 臨床心理学 (放送大学教材) 放送大学教育振興会 (山下 (2016) より間接引用)
- 中谷江利子・加藤奈子・中川彰子 (2016). 強迫性障害 (強迫症) の認知行動療法マニュアル 不安症研究, 7, 2-41.
- 野口美幸・飯島啓太・野呂文行 (2008). 攻撃的行動を示す特定不能の広汎性発達障害の児童に対する機能的アセスメントを用いた介入 (実践研究) 行動療法研究, 34, 163-173.
- 大久保街重 (2016). 帰無仮説検定と再現可能性 心理学評論, 59, 57-67.
- 菅原直行 (2007). 意識と前頭葉: ワーキングメモリからのアプローチ 心理学研究, 77, 553-566
- Seligman, M. E. (1974). Depression and learned helplessness. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Oxford: John Wiley & Sons.
- 下山晴彦 (2008). 臨床心理アセスメント入門—臨床心理学はどのように問題を把握するのか 金剛出版
- 下山晴彦 (2010). 臨床心理学を学ぶ1 これからの臨床心理学 東京大学出版会
- 下山真衣・園山繁樹 (2010). カリキュラム修正と前兆行動を利用した代替行動分化強化による激しい自傷行動の軽減 行動分析学研究, 25, 30-41.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Copley Publishing Group
- Skinner, B. F. (1974). *Beyond Freedom and Dignity*. Harmondsworth: Penguin.
- Skinner, B.F. (1976). *About Behaviorism*. Vintage.
- スターミー, P. 高山巖・岡安孝弘・杉本洋子・佐藤正二・佐藤容子 (訳) (2001). 心理療法と行動分析—行動科学的面接の技法 (Sturmey, P. (1996). *Functional Analysis in Clinical Psychology*. Wiley.)
- Sturmey, P. (Ed.) (2009). *Clinical Case Formulation: Varieties of Approaches*. Wiley-

Blackwell.

Timberlake, W. (1984). An ecological approach to learning. *Learning and Motivation*, 15, 321-333.

Timberlake, W. (1993). Behavior systems and reinforcement: an integrative approach. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 60, 105-128.

山中康裕 (2016). 公認心理師法案成立に思う – これからが臨床心理士の正念場なのだ 臨床心理士報, 27 (1), 20-21.

山下一夫 (2016). 養成大学院の視点から見た臨床心理士の特色 臨床心理士報, 27 (2), 1-3.

吉野俊彦 (1996). 不安行動の獲得過程：生態学的学習理論による説明 行動科学, 35, 33-44.

吉野俊彦 (2007). ルール支配行動 大河内浩人・武藤崇 (編) 行動分析 ミネルヴァ書房

吉野俊彦 (2009). 日常知と科学地の狭間：科学とエビデンスベイトをめぐる 神戸親和女子大学大学院紀要, 5, 85-92.

吉野俊彦 (2013). 許可の随伴性・阻止の随伴性の対称性とルール：阻止の随伴性とルールの臨床的意義 神戸親和女子大学大学院紀要, 9, 19-27.