

治療過程と治療関係*

—行動療法の立場から—

小林 重 雄**

行動療法における治療者と患者によって構成される治療関係は精神分析その他の心理療法におけるそれと比較して、明らかに差異があるといわれる。Eysenck, H. J. (1960) は心理療法と行動療法の比較の中で、治療関係について「行動療法では個人的関係はある状況で有益であるかもしれないが、神経症的障害を治療するに当たって必須のものではないと考える」と論じ、「心理療法では 転移関係は 神経症的障害の治療にとって、本質的なものと考えられる」と対比させている。

本論においては行動化 (acting out) などの治療過程に生じる現象が、行動療法においても生じるものであるのか、またそうした現象が生ずるとすれば、どのように捉えているのかを検討してみたい。さらに、行動療法の治療過程を構成するにあたって、治療効果がいかに現実場面に広げられていくかということを論じながら、患者の行動を治療者はどの程度までコントロールできるのか考察してみたい。

I 行動療法と治療関係

伝統的な心理療法の治療過程においては、抵抗、置き換え、行動化、転移、逆転移など治療者と患者の間の治療関係において、種々な心理的現象が生ずるとされている。そうした現象が

治療過程を妨害することになったり、また時にはプラスに作用することもあるといわれる。こうした現象は治療過程において生ずることを予測しているとしても、本質的にはその過程を検討し、説明するにあたって導入されてきた概念といえる。「行動化」も具体的な行動が出現して、はじめて抑圧されたインパルスが置き換えられて overt に流出してきたと解釈しているにすぎない。

心理学の研究史は、いかに人間の行動を正しく解明し、正しく予測するかという方向に向かっているといえる。もし心理療法が科学的心理学を基礎におくとすれば、予測が困難な現象については的確にコントロールし、望ましい方向に計画的に過程を進行させ得るような研究をしていかなければならない。

行動療法の基本的立場は「心理学およびそれと密接な関連諸科学の実験的方法によって積みあげられた体系を……統制された実験・研究の手段を用いながら、それらの知識を適用しようとする」(Yates, A. J., 1970) ものである。ここではコントロールが困難な現象が生じやすい事態であるいわゆる治療者と患者の「深い治療関係」は不要としている。したがって治療手続きが綿密な行動分析の結果として確立していれば、毎回の治療セッションに担当者が替っても、治療効果に差異が生じないということになる。

実際には、行動療法においても、いわゆる心理療法の治療過程において生じる現象に対応す

* Therapeutic Process and Relationship in Behavior Therapy.

** 東京教育大学, Shigeo Kobayashi: Tokyo University of Education, Tokyo.

るものが、まったく生じないというわけではない。行動療法においても、あくまでも治療関係であって、実験者と被験者の関係ではないからである。患者は自分の問題（症状）に悩み、その解決のために治療者を信頼し、選択し、訴えてきているわけであり、それに積極的に対応していくことが、完全にドライな関係で進行するとはいえないようである。

このことについて、武田（1975）は行動療法による症例報告を行なってから考察として「…治療の目標になる行動以外のことを患者が語ったときに、耳を傾けることなく、目標としている問題行動だけに焦点を当てるということは非常にむずかしいことである。このため、行動療法を行なっているにもかかわらず、いわゆる転移あるいは逆転移に似た現象が起こってしまうことがある」と述べている。

実際に、行動療法家が上述したような状態を感じとることはあるにせよ、基本的な面接などの進め方は一般にはある程度枠を与えて患者から必要な情報を得るといった形をとる。患者を中心とした話題の展開や、自由連想法といった進め方はしない。そうすることによって治療者と患者の比較的ドライな関係を越えた深い人間関係が形成されないように構成される。この点については行動療法家の間でも一致しているわけではなく、ある範囲内にハードからソフトまで散らばりがあるといえよう。

II 行動療法における行動の具体化

行動療法においては行動の変容(modification of behavior)が治療目標となる。治療者と患者のかかわりは治療室において展開され、そこで症状の消去、適切な反応の条件づけなどの処置が行なわれる。この場合、処置の基本的な方向としては1) 過剰学習(surplus learning)による不適応行動については消去過程、不足学習(deficit learning)による不適応行動については習得過程の2方向があるといわれている。

治療過程としては、治療室における操作がそ

の場面で効果をもつこともステップとしては意味をもつが、現実の場面にまで行動の変容が一般化できるかどうか重要である。治療室でイメージ化された「高所」に立っていても、何ら障害されなくなった患者が現実の「高所」に立っても平穏な気持ちでいられるかどうか問題なのである。

治療者によってコントロールされない状況下での行動化などは出現しないように現実場面での生活などについても指示を与えておく。そして治療場面から現実場面への一般化を目指した行動の具体化という線に沿った操作や指示は、治療者から計画的に行なわれる。すなわち行動療法においては行動原理にもとづいて治療者が患者の動きをコントロールしていくところに特徴があるといえる。

III 系統的脱感作法における行動の具体化——症例研究

行動療法の技法の中で、成人の神経症や子供の問題行動の治療にあたって、逆制止原理にもとづく系統的脱感作法がもっとも広く用いられている。そこで具体的な症例の治療過程を例示することにより治療場面でコントロールされた症状がどのような過程で現実の場面に効果が波及していくかを検討してみる。

1. 症例の概要（梅村，小林）

〔症例〕 10歳，男児

〔主訴〕 吃音，ことばがなかなか出てこないで，随伴反応として手足の奇異な動作がみられる。

〔吃音歴〕 小学校4年生ごろから，どもり出したということである。

〔現在の状態〕 1) 音読，会話とも軽いブロック程度で，重篤な感じはしない。

2) 音読には力みを感じる。

3) 会話や発表の際，「アノー」，「エート」といった挿入語が目立つ。

4) 随伴動作として，目を閉じる，頭を叩いてリズムをつける，駆け足をするように手足をバタつかせる。

5) 学習場面で，わかっているにもかかわらず

といてしまう。

6) 音読や発表などにドキドキする。

〔行動分析のまとめ〕症状の発生から症状の形成過程については父兄からの情報によっても明らかでない。現在の主症状を構成している発語のつまりおよび奇異な動作が同級生に笑われたり、親を驚ろかせたことにより問題としてとりあげられるようになった。その後、音読や発表の失敗体験、周囲からの指摘や嘲笑、自分自身による非流暢性へのこだわりなどが、症状の持続に貢献してきていると考えられる。さらに発言する機会および場面を回避する傾向が徐々に強まり、それが他の症状の強化をももたらしているようである。

2. 症例の治療

〔治療計画〕1) 音読や会話の場面での緊張反応や回避反応を消去するために系統的脱感作法（異常行動研究会、1975）を用いる。

2) 非流暢な発語パターンを変容するために種々の材料を用いて同時音読法（小林、1972）を用いる。

3) 随伴反応とみられる奇異な動作は非流暢な発語パターンの変容にともなって、自然に消滅すると考えられるので、特別なプログラムは立てない。

4) 治療過程を積極的に進行させるために苦手とする場面に断行反応（assertive response）を行なうよう指示していく。

表1 不安階層表

AH-0	親しい友だちと話をしている。
AH-1	学級会で発表しているとき。
AH-2	国語の時間中、教科書を自分の席で、立って読んでいるとき。
AH-3	家からのことづけを先生に話しているとき。
AH-4	自分から先生のところに行き、話をしているとき。
AH-5	国語の時間中、まだ練習をしていないところを読まされているとき。
AH-6(1)	算数の答を発表しているとき。
AH-6(2)	社会の時間で発表しているとき。
AH-7	駅で切符を「……まで」といって買っているとき。
AH-8	留守番をしていて、知らない人が来訪し「誰もいません」というとき。

〔不安階層表〕インタビュー、心理検査、吃音歴、その他の情報から表1のような不安階層表（anxiety hierarchy）が作成された。AH-0 から AH-8 になるにしたがい少なくとも治療開始時において患児が自覚的に不安・緊張をより強く感ずるとされたものである。

〔治療過程と治療効果の具体化〕全般的な治療過程については表2に示す通りである。治療は1974年6月4日より1975年1月27日までの34セッション（1セッション、40分）により終結し、3回にわたって治療効果の持続性を追跡した。

そこで系統的脱感作法の効果を中心として過程を検討してみる。とくに治療室で行なったイメージによる脱感作が実際の場面でなんらの緊張感をもたずに体験できるかどうかの問題となる。

AH-1 についての現実場面での実行は特別の配慮もなくスムーズに行なわれた。しかし AH-2 については AH-1 の実行の場合のように一回目からまったく「不安・緊張感なし」という具合にはいかなかった。このことが AH-2 の克服により困難をもたらした一因でもある。

すなわち、治療場面での成果を現実場面で行なし、次のセッションにおいて治療者に報告する。この過程において、実行に不安緊張感を感じない場合には自分自身の内で満足感をフィードバックし、その行動の頻度も高まることが予想される。さらに治療者に次のセッションで報告することにより治療者の「うなづき」や「笑顔」が遅延条件づけではあるにせよ強化因として作用することが期待される。この場合、治療者の治療的働きかけの行動も患者の報告によって強化されていると考えられよう。一方、実行した場合に不安、緊張感を感じてしまったとすると、治療に対する疑問も生じるだろうし、さらに回避反応傾向を強化する方向に作用するといえよう。

この症例の治療過程においては AH-2 の内容を細分化し、「読み慣れている文章」、「短い文章」など本児にとってストレス価の低い刺激材料の提示により、スモール・ステップ化したり、逆に「席の順にしたがって読む順番が近づいてくる」、「皆が注目している」といったよりストレス価の高い状況の提示により、トレランスを高めるよう配慮された。

10月14日の面接で AH-2 の克服が報告され、そ

の後の AH-3 から AH-8 までの階層表の進行は順次に進められた。

第2表を概観すると明らかなように、習慣化された非流暢な発語パターンについて非流暢性を抑制する条件（スピードダウン音読と同時音読）を導入することによって、流暢な発語のシェーピングを進め

ている。このことが基本的な治療過程である系統的脱感作法の進行を促進させている要因となっている。

以上のように、行動療法によるアプローチにあたっては計画的に治療室で進められた操作の結果が現実の場面でどの時期に、またどのように活用される

表2 治療過程の一覧

	治療・指導の内容	情報および現実場面での行動		治療・指導の内容	情報および現実場面での行動
1974.	インタビュー（訴えの聴取、吃音検査、心理検査）		11.7	面接	
6.4	保護者面接（生育歴、吃音歴など）		11.14	AH-6(2)の脱感作	
6.10	不安階層表作成(1)		11.18	社会の教科書の音読練習	
6.24	不安階層表作成(2)			社会の発表練習	
7.1	催眠によるリラクゼーション、訓練	被暗示性は高い	11.21	劇のシナリオの音読練習	随伴反応はまったくみられなくなった。
7.4	催眠練習	現実感を伴ったイメージ化可能	11.27	詩の音読練習	11/21~11/27, ことばで困ったことなし。
	AH-0, AH-1の脱感作	7/7, AH-1の実行（不安・緊張感なし）	12.9	面接	12/28~12/9, 1回のみ難発あり。
7.8	会話文の音読練習		12.16	社会の教科書の音読練習	
7.11	会話文の音読練習			社会の発表練習	
	AH-2の脱感作	7/12~7/17, AH-2の実行2回（緊張あり）	12.19	AH-7の脱感作	AH-7とAH-6(2)は階層表の順位が逆であると報告あり
7.18	面接	随伴反応は目立たなくなる	1975		12/20~1/9, AH-7の実行数回（不安・緊張感なし）
9.5	面接		1.9	面接	
9.9	AH-2の脱感作	9/10~10/9, AH-2の実行3回（緊張感は減少してきている）	1.13	AH-6の脱感作	
9.26	AH-2の脱感作		1.16	社会の教科書の音読練習	1/14・1/16, AH-6の実行（不安・緊張感なし）
10.3	AH-2の脱感作			社会の発表練習	
10.7	AH-2の脱感作		1.23	AH-8の脱感作	
10.9	自由会話（play）		1.27	面接	AH-8の実行（不安・緊張感なし）
	AH-2の脱感作	10/10~10/13, AH-2の実行（不安・緊張感なし）			いずれの場面にも困難なし。ことばのつまりはない。
10.14	面接		3.6	フォローアップ・スタディ	「どもりで困ったことはない」……本児 「ぜんぜんもらない」……母親
10.17	AH-3とAH-4の脱感作	10/21, AH-3の実行（不安・緊張感なし）			
10.21	AH-5の脱感作	10/23, AH-5の実行（不安・緊張感なし）	5.24	フォローアップ・スタディ	「全く困ることなし」……本児
10.24	会話文の音読練習		7.3	フォローアップ・スタディ	「どもりではなくなった」……本児
10.29	会話文の音読練習				
10.31	AH-6(1)の脱感作				
11.5	国語の教科書の音読練習	11/1~11/4, AH-6(1)の実行数回（短かい答は緊張感なし）			

かを全体の治療過程の中に含めていく。そして、その過程をスムーズに進行させるために必要とされる条件調整を治療過程の中に同時にとり入れていくことに特徴がある。

IV その他の技法における治療過程と行動

前節では系統的脱感作法をめぐって症例もあげて治療過程の問題をとりあげた。ここでは脱感作法と同様に逆制止原理にもとづく断行反応法と本邦においても教育分野で一般化してきたオペラント条件づけ法をとりあげて治療過程と治療関係・患者の行動・治療者の行動などについて検討してみよう。

1. 断行反応法の場合

断行反応法というのは「……たとえば障害や罰の不安によって他人にたいする攻撃欲求が抑制されていると神経症が生ずる。このような機制によって生じている神経症を治療するためには不安を消す反応として、攻撃的行動を断行させることである」(祐宗, 春木, 小林, 1972) すなわち、当然のこととして表出されるべき攻撃、主張、要求が表出されずに神経症となっている患者に対して用いられることが多い。

この方法を用いる場合、主として面接場面において、患者の断行反応を現実の場面で実行するよう指導していく必要がある。患者がそれまで表現することが不可能であった自己主張反応が実際の場面で実行されるためにはどういった指導なり配慮がなされなければならないだろうか。

1) 比較的軽度の場合; 行動分析により「逃げ腰」でなく、正面に向かって、当然なこととして主張するよう助言をしたり、支持して現実場面での実行を助ける程度でよい。たとえば親の口やかましさに反撥できず、イライラして、注意が集中できなくなった青年の場合(小林, 1970)に用いられている。

2) 比較的重度の場合; 一時的な反応としてでなく、持続的な性格特性として反撥することができないということがあり、加えて内的には

強い自己主張 (rigid なことが多い) がある場合である。とくに神経症としての現われが、現実場面での失敗経験によって強化され、慢性化していると治療における困難性は増大する。

第一段階として、自信を失っている患者に患者自身の発言したことに治療者が「うなづき」強化を与えることにより治療関係の中での役割をつかませる。

第二段階として、自己主張の仕方を指示したり、そのモデルを治療者が演じてみせたりすることにより、治療室内において患者は自己主張、攻撃反応などが形成される。

第三段階として、治療室で学習した反応パターンを実行するわけであるが、患者にとって、現実の場面があまりにもストレスが強すぎる場合には、系統的脱感作法を利用し、場面への不安・緊張感をあらかじめ低下させておく必要がある。

第四段階として、患者の実行は自動的に患者自身を強化し、周囲に対する積極的な反応をオペラント条件づけすることになる。

以上比較的慢性化した患者の場合のステップを述べたが、

1) 第一段階での「うなづき」が治療関係の中で、情動的なかわりを深めずに遂行できるものか、

2) 第二段階での役割演技法などを積極的に導入して、反応パターンの学習を進めるが、転移その他の心理的現象をほぼ完全にコントロールできるものか、

3) 現実場面での実行が一応の目標行動であり、その実行は患者の報告がほとんどの場合、唯一の情報源となる。患者がどの程度客観的に自分の行動を把握し、報告できるものであろうか。治療者を喜ばす反応をいつのまにかとるようにならないか。

こうした疑問点は行動療法が目指すところからすると克服していかなければならない問題ではある。とくにダイナミックな立場での臨床を体験し、後に行動療法の立場に転向した治療

者、多くの行動療法家がそうであるが、にあつてはこうした問題の処理もぜひ行なっておかなければならないことであろう。

2. オペラント条件づけ法の場合

オペラント条件づけ法は教育、とくに心身障害児教育の領域において注目されてきている。すなわち知恵おくれの児童や自閉的症候を示す児童について、身辺自立に関する訓練、ことばの訓練など、数多くの実践が報告されるようになってきた。

この方法の場合にも、治療・訓練室において訓練され、学習した行動が、実際の場面において適切に実行され得るものかが問題となろう。

治療室において、患児は遊具などを利用して訓練される。その際、適切な反応が行なわれれば、食物などが与えられる。患児はその反応を反復するようになり、そのたびに食物が与えられる。ここでの食物はオペラント条件づけ過程において正の強化因と呼ばれる。ところで訓練の場面から離れて、普段の生活に戻る。そこで、治療室で「適切な反応」とされた反応が、無視され続けたとすると、反応の頻度は低下していき、ついには反応しなくなっていくであろう。

やはり、オペラント条件づけ法においても、治療過程において治療室内の条件コントロールはもちろんのことであるが、実際の場面のコントロールも必要とされる。知恵おくれの児童が特別の治療訓練を受け、その専門家が家庭と学校との密接な連絡のもとに、それぞれの特性を生かして、相互に訓練、教育のマイナスにならないよう協力し合うことが、専門機関・専門家が分化していく時代にあつては重要なことになってくる。

V ま と め

治療過程と治療関係について行動療法の立場から考察してみた。その場合、とくに問題となるものは比較的ドライな治療関係を維持しながら、治療室で行なわれた操作の結果として得ら

れた効果をいかにして現実場面に波及させていくかということである。

一般化させていくにあつては、行動療法的アプローチはあくまでも治療者のコントロール下に置くことを目標としている。この目標がどの程度まで達成されるようになるかは、これからの行動療法研究家の仕事となろう。

参 考 文 献

- 1) Eysenck, H. J.: Behaviour Therapy and the Neuroses. Pergamon Press, 1960 (異常行動研究会訳、行動療法と神経症、誠信書房、1965)
- 2) 異常行動研究会(編): 脱感作療法、誠信書房、1975.
- 3) 小林重雄: カウンセリングにおける行動療法的アプローチ. 山形大紀要(教育科学), 5, 1, 149-162, 1970.
- 4) 小林重雄: 吃音児. 情緒障害児講座1巻, 黎明書房, 1972
- 5) 祐宗省三, 春木豊, 小林重雄(編著): 行動療法入門. 川島書店, 1972.
- 6) 武田 建: 市場に一人で行けぬ不安神経症患者への系統的脱感作法の適用. 異常行動研究会(編), 脱感作療法, 125~133, 誠信書房, 1975.
- 7) Yates, A. J.: Behavior Therapy. John Wiley & Sons. 1970

お詫びと訂正

第1巻第3・4号;第2巻第1号表紙目次および第2巻72頁に下記の誤まりを生じてしまいましたので、お詫びとともに訂正させていただきます。

誤 躁うつ状態とリビドーの前性器的体制段階

正 躁うつ状態とリビドーの前性器期的体制段階