HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	行動心理学と認知心理学（VI）：行動心理学による心理療法理論と認知行動療法
Author(s)	岩本，隆茂
Citation	北海道大學文學部紀要，44(3)，143-174
Issue Date	1996-03-29
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/33665
Type	departmental bulletin paper
File Information	44(3)_PL143-174.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

北大文学部紀要 44-3 (1996)

〈研究資料集〉

行動心理学と認知心理学（Ⅵ）

── 行動心理学による心理療法理論と認知行動療法 ──

岩 本 隆 茂

目　　次

［1］はじめに ……(143)
［2］「異常行動」,「問題行動」とはなにか……(145)
［3］異常行動，問題行動に対する行動心理学のマクロ治療理論 ……(147)
［4］最近の大学生の生活と「異常行動」,「問題行動」……(151)
［5］異常行動，問題行動に対する
　　行動心理学の理論による治療アプローチ ……(154)
［6］新しい心理療法：認知行動療法とはなにか ……(157)
［7］注 ……(164)
［8］参考文献 ……(170)

［1］はじめに

この一連の研究資料集の目的については，これまでの「行動心理学と認知心理学（Ⅰ）～(Ⅴ)」(岩本ら，1987，1988，1990，1992，1993) の冒頭においてそれぞれ詳細に述べてきているように，このシリーズは，「行動心理学」と「認知心理学」に関連したいくつかの重要な海外論文の翻訳・紹介と，筆者のオリジナルな邦文論文とからなっている。つまり，このシリーズの目的は，現代の基礎心理学の領域を２分している行動心理学と認知心理学の現時点における差異や研究動向や両者間の論争点などを，若い心理学徒，臨床な

どの応用心理学の領域の研究者，さらには行動科学，認知科学，生命科学，科学哲学などのさまざまな隣接領域の研究者に理解していただくことにあるのであって，行動心理学や認知心理学の領域における専門家を主たる対象にしているのではないことを，ここにあらためてお断りしておく。

そして本論文：「行動心理学と認知心理学（Ⅵ）――行動心理学による心理療法理論と認知行動療法――」は，筆者によって今回あらたに執筆されたものではあるが，筆者による最新の研究結果を述べたものではない。つまり研究論文というよりは，「総説」とか「解説論文」などの分野に相当するものである。この論文の具体的な目的は，北海道大学の文学部をはじめとする多くの部局の教官の方々がこの論文を読むことによって，「問題行動」や「異常行動」に対する現代行動心理学――そのなかでもとくに筆者の専門とする学習心理学――の対処の方法・姿勢を理解していただき，もし諸先生方の身近にこれらのことで悩む学生（院生も含む）がいるのであれば，できるだけ早急に学生相談室を訪問するなどの適切な処置をとっていただくさいの一助となることにある。

北海道大学に「学生相談室」が開設されたのは，昭和61年度であった。その経緯の詳細については省略するが，それまで教養部長であった薮重夫教授（現北海道大学名誉教授）のご尽力による部分が大きいことは確かであり，初代の室長としても薮先生が発令された。学生相談室の創設以来，それまで毎年数名にのぼっていた北海道大学学生（院生をも含む）の自殺数が激減しほとんどゼロ名の状態が続き，その原因のひとつとして学生相談室の貢献が挙げられていたこともあった。しかるに残念ながら平成5年度は自殺者が5名となり，学生相談室の意義や役割についての見直しもささやかれたりもした。平成6年度の自殺者はふたたびゼロ名であった。

しかし学生相談室の立場からコメントすれば，これまでの自殺した学生は例外なく一度も学生相談室を訪れたことはなく，その他の資料からも自殺者数の推移と学生相談室の開設やその業務とは，直接的な関連はほとんどないといえる。学生の自殺はきわめて悲惨な事例でありその絶滅への対策はきわめて重要ではあるが，毎年〝こころの病気〟が原因で北海道大学から姿を消

す非常に多くの学生を減少させることもまたそれに劣らず重要なことである【注1】。多くの身体的疾患と同様に，〝こころの病気〟もまた〝早期発見，早期治療〟が重要である。このために，学生相談室が相談に応ずる事項は学生の心身問題には限定せず，単位の履修，経済問題，将来の進路，などきわめて多岐にわたっており，《なにか困ったことや相談したいことがあれば，まず学生相談室へ》という体勢をとっているのである。学生相談室側からの学生たちに対する多チャンネルにわたる働きかけ【注2】などのさらなる努力は絶対に必要なことがらではあるが，同時に各学部の学生相談員をはじめとする教官全員が，それぞれの立場において果たすべき役割も，きわめて大きいといえよう。

筆者は，はからずも平成7年5月より第4代目の「北海道大学・学生相談室」室長を務めることになった。筆者の専門である学習心理学と学習理論とを，この重要な職務にどのように反映させるかが筆者にとっての大きな課題である。このことが，本論文を執筆する直接的な動機となっている。

[2]「異常行動」,「問題行動」とはなにか

私たちは日常生活のさまざまな場面において，さまざまな行動を時時刻刻と展開しながら，毎日を過ごしている。その場合に，ある状況のもとでA君の行なうある行動は，同じ状況下でのB君の行なう行動とはかなり異なっているし，同じA君の場合でも状況が異なるとまるで違った行動をするのが普通である。このように，ある状況下で私たちの行なう行動形態を詳細に調査・分析してみると，それらはそれぞれに異なってはいる。しかし，ある状況下でのそれらの行動をすべて集計したのち，なんらかの方法によって分類してみると，現実に示されるさまざまな人間の行なうほとんどの行動形態は，その分布のなかの代表値を中心とする主要な幅のなかに収まっていることになる。

しかしながら，ある状況のもとにおいて多くの人間によって展開されるさまざまな行動の集計のなかには，発生頻度がきわめて少なく，〝諸行動分布図〟

の両裾野部分に位置する種類のものもある。このような行動のなかで，そのときの状況下ではそれらの行動を発現することがその成員の所属している社会にとって〝好ましくない〟あるいは〝ふさわしくない〟，と見なされるものは，「不適切行動」(inadequate, or irrelevant behavior) であると定義されている(岩本，1990)。そしてある特定の個人がこのような不適切行動を高頻度で発現する場合には，これらの行動は当人ばかりでなく，他人やその個人の属する社会にも大きな影響を与える憾れが生じてくる。その場合には，そのような行動はその内容によって「異常行動」(abnormal behavior) とか「問題行動」(problem behavior) と呼ばれ，それ以外の行動は「健常行動」(normal behavior) であると定義されていれる。異常行動や問題行動の発生機構，維持機構や，その崩壊のための要因とその過程などについての解明は，「臨床心理学」における主要な研究テーマのひとつとなっている(岩本，1990，1995)。

「異常行動」や「問題行動」の定義を上記のような立場から行なうと，これらの行動が〝異常〟や〝問題〟であるか否かは，行動そのものがもつ本質的性質に由来するのではなく，その行動が発現された状況の文化的環境とか個人的環境などに依存しており，相対的に判断された結果であるに過ぎない。したがって，〝異常〟とか〝問題〟という名称は，たんなる一種の符号であるに過ぎないことになる。

「異常行動」や「問題行動」に対するこのような行動心理学の立場からの理解は，これらの行動に学習理論を適用することによって，それらの行動を社会や個人にとってより適切なものへと変容させようとする「行動療法学」(behavior therapy) や「行動変容（修正）学」(behavior modification) における，根本的な視点であるといえよう。「行動療法学」と「行動変容学」については，[5]異常行動，問題行動に対する行動心理学の理論による治療アプローチ，において詳述する。次節の [3] 異常行動，問題行動についての行動心理学による心理療法理論，においては，異常行動，問題行動についてのいくつかの形成とその治療についてのマクロ理論を紹介し，筆者の専門である「学習心理学」や「学習理論」と，これらの理論との関連を明らかにしておこう。

［3］異常行動，問題行動に対する行動心理学のマクロ治療理論

現代の臨床心理学において，「異常行動」あるいは「問題行動」の発生とその維持の機構，およびその治療方法についての巨視的な観点からの主要なモデルは，以下の3種類であるといえよう。

「統計モデル」：人格や性格を測定し，人間をいくつかの類型に分類する手段のひとつとして，「質問紙法」，「作業検査法」，「投影法」などのさまざまな検査が考え出されている。たとえばアイゼンクは，人格における諸属性を3次元空間としてとらえようとする質問紙法の1つである「モーズレイ人格検査」を開発した（Eysenck, 1960）。この検査では，人格に神経質的傾向（neuroticism），内向性―外向性（introversion-extroversion），精神病的傾向（psychoticism）という直交する3つの次元を想定し，これらの次元を「質問紙法」で容易に測定できるように工夫されている（MPI研究会，1969）。この検査を行なった結果，たとえば，このうちの神経質的傾向において，ある人の得点がきわめて高く，その母集団の分布と比較するとかなりの偏りがあり，推計学的には同一母集団に帰属しているとはいえないような場合には，《その人の神経質的傾向は〝異常〟に高い》と見なされるのである。

ある状況下で行なわれた〝行動〟の判断についても，この場合とまったく同様であると「統計モデル」では見なされる。そのような状況でさまざまな人間が行なう多種多様な行動のすべて（母集団）と比較して，ある人のある行動がその状況下ではその母集団とはいつもはなはだしく異なるような場合には，それは健常行動とは母集団を異にする行動（〝異常〟行動）であるとされるのである。

「疾病モデル」（医学モデル）：ごく素朴に表現すれば，医学という領域においては《〝病気〟や〝行動の異常〟は，身体の疾患に由来する》と見なされている。したがって，どのような〝病気〟や〝異常な行動〟にも医学的な原因と，それに対応した一定の症状（結果）があることになる。たとえば，風邪

とはある種のウィールスの感染によって生じる発熱や頭痛を伴う疾患であり，骨折とは体外から限度を越えた物理的刺激が原因となって生じる外傷性の疾患である。したがってこの疾病モデルでは，いわゆる精神病や神経症などの場合においても，この原因と結果の関係はまったく同様である。つまり，進行麻痺は梅毒に感染したために起こるのであり，また，精神分裂病や神経症の場合では，それぞれに対して身体の「生化学的バランス失調説」や「自律神経系の失調説」などが，つぎつぎに提案されてきている。このような説にしたがえば，精神分裂病や神経症は〝研究が進展していないために現段階ではその機構が充分には解明されていないが〟いずれもさまざまな身体疾患を原因とする疾病の一種であることになる。

「学習モデル」：このモデルによれば，「異常行動」や「問題行動」は本来「健常行動」と等質なものであり，これらの行動はいずれも学習によって形成されたものであると見なされている。人間が言葉を覚えたり算数ができるようになるのは，〝学習〟の結果であることにまちがいはない。しかし，行動心理学的視点に立つ学習心理学においては，いわゆる〝勉強〟ばかりでなく，人間のほとんどの行動は学習性のものであると考えられている。つまり，私たちが手で物体を握ったり目で事物を見分けるのも，やはり学習の結果であると考えるのである。このような視点は，以下に述べるような「野生児」(wild child) の事例研究や「知覚学習」(perceptual learning) における「特徴抽出神経細胞」(feature extracting neuron) の発達過程と先天性失明患者の開眼手術などの事例から，強力に支援されるようになってきた。

オオカミに育てられたとされているインドで発見されたカマラ【注３】とラームー【注４】の２事例や，異常な父親と傍観者の母親によって長期間にわたって拘禁されていたアメリカの少女ジーニー【注５】の事例においては，言語（とくに文法）の習得などがはなはだしく困難であった。先天的な知的障害の可能性が示唆されているアヴェロンの野生児【注６】の場合とは異なって，彼らの一般的知能を言語行動を除いた他のさまざまな行動から推定すると，健常児に比してけっして劣っていたようには思われなかったことから，このような言語発達における著しい遅滞は，彼らが救出されたのがいずれも

言語習得のための臨界期を過ぎていたためである可能性が高いと考えられている。

また，生まれたばかりの子ネコにきわめて単純な刺激だけを見せていると，その脳における視覚受容野皮質の神経細胞には，これまでに見せられたことのある刺激に反応するもののみとなり，生後数カ月たってから新奇な刺激をみせてもそれらに応答する神経細胞はほとんど見られない【注7】こともわかってきた。このように特殊化した細胞は「特徴抽出神経細胞」（feature extracting neuron）と名づけられている。このような学習は「知覚学習」と呼ばれ，学習臨界期の重要性を示す好適な事例として挙げられている。またこの知覚学習は，無条件刺激や強化刺激がなくとも学習が成立し，その点で連合学習とは異なるという特異性が強調されている。

角膜移植や人工水晶体置換手術などの医学技術の進歩によって，先天性失明者の一部に対しては，眼球機能の修復手術を行なうことができるようになってきた。しかし，このような手術は知覚学習の臨界期内に実施されることが望ましく，その時期は完全な先天性の失明者の場合では生後2カ年以内とされている。この期間を逸してしまうと，眼球のカメラとしてのハードウェア機能の修復は容易であっても，眼球の網膜の視細胞から大脳皮質の視覚受容野へと送られた映像に対する情報処理機能としてのソフトウェア機構が，経験の積み重ねによって形成されるためには健常児の場合に比べると非常に長い年月が必要となってしまい，またその機構の構築もきわめて不充分なものに終わってしまう。

このように学習心理学の理論では，人間の行動のほとんどは学習性のものであって，人間における生得性の行動は，新生児のもっている吸啜（キュウテツ）反射や把握（ダーウイン）反射などのきわめて限られたものにすぎないとされている。このような視点に立てば，「健常行動」と「異常／問題行動」は，ともに学習されたものと理解されることになる。たとえば縫い針や虫ピンなどの尖端部が鋭いものは，ときには私たちの手や足に刺さったりして害を与えることもあるが，日常的にはこれらに対して若干の注意を払うだけで充分であり，一般的にはきわめて有用な品物である。これが，針やピンに対する〝健常〟行

動である。しかし，これらをはなはだしく警戒し，見ただけでさえ異常な恐怖を感じ，血圧，心搏，呼吸などの生理的諸測度や情動機構に大きな騒乱を生じさせる〝尖端恐怖症〟などでは，そのような恐怖はその個人の内的／外的環境下では〝ほとんど必然的に〟学習された行動なのである。したがって異常／問題行動とは，ある時点においてあるカテゴリーに属する行動のなかの逸脱度が大きいものであるにすぎないから，このような意味では「健常行動」と「異常／問題行動」とのあいだには本質的な隔壁はあり得ない。

両者のこのような関係は，統計モデルにおける場合と類似しているともいえる。しかし統計モデルでは行動の符号化によって議論は終着するが，この学習モデルでは，そこから，異常／問題行動を発現させ維持させている機構の解明と，その機構を崩壊させる方法や手段についての議論が始まるのである。学習モデルでは，そのような行動の逸脱を支えているのは，その成員をとりまいている社会的，文化的，歴史的要因なのである。そのような基盤に依存するさまざまな環境刺激が弁別刺激となって，その成員に対しては健常行動の替わりに異常／問題行動を解発させ維持させており，そこには異常／問題行動に対する強化の機構が働いていると考えるのである。また，ある行動が健常か異常かは，その成員個人の所属する文化や時代によっても，その符号の付け替えは容易に起こることにもなる。

とにかく学習モデルでは，疾病モデルとは異なり，異常／問題行動の根底に身体的疾患そのものは存在しない。それゆえに，それらの行動の〝治療〟(行動変容)のための焦点は，その異常／問題行動を形成させ維持させている学習《すなわち，環境（弁別）刺激と異常／問題行動の生起に対する強化の随伴性の解除（消去)》にあるのである。そして，その具体的な方法は，後述するように，これまで100年に近い長い年月にわたって蓄積されてきている行動心理学の視点に立つ学習理論の適用なのである（岩本，1985，岩本・川俣，1990，岩本，1995)。

これらの3種類のモデルのうち，学習モデルと疾病モデルとの差異を表として示せば，表1のとおりである。

表1．異常／問題行動についての学習モデルと疾病（医学）モデル*

学習モデル	疾病（医学）モデル
1．異常／問題行動は正常行動の逸脱にすぎない。病気そのものは存在しない。	異常／問題行動はその人間の内部にある病気によって出現する。
2．その治療のための焦点は，その異常／問題行動を形成させ維持させている環境刺激と強化の随伴性の解除にある。	その治療のための焦点は，その疾病の原因である生物的過程と，それによって生じる心的力動的過程である。
3．社会的，文化的要因は，このような異常／問題行動の学習過程の維持にきわめて重要な役割をもつ。	社会的，文化的要因は，疾病とは本質的には無関係である。

*この表は，Davison & Neale, 1974.をもとにして作られた岩本（1995）に掲載のものを，さらに改変したものである。

［4］最近の大学生の生活と「異常行動」，「問題行動」

最近の大学生は，小・中学生時代からはじまる10年にもわたる厳しい受験戦争を経験しており，このことは彼らの心身に，多かれ少なかれ，それぞれの歪を作っている。筆者たちの時代のように，わずか半年から1年ほど受験勉強のまねごとをやれば，だれでもそこそこの大学に入学できたのとは異なって，今日の小学校からひとによっては予備校までの長期間にわたる厳しい受験戦争が，彼らの心身の活動に及ぼしている影響はきわめて大きいと断言できよう。

生徒たちにとって，このような受験勉強が最優先とされている現在の状況下では，彼らに対する全人教育ははなはだしく疎かとなってしまっている。したがって《社会や家庭内において，このような事態では人間（自分）はいかに振る舞うべきか》などについての人格教育は，当然のことながらきわめて不充分なものとなってしまっており，それとともに生きる目的すらも彼らには明確には把握されていない。一方，ヴェトナム戦争のころから，さまざまな伝統的な規範に対する抵抗や無視の傾向が，世界的に顕著になってきて

いる。これらの諸原因が輻輳して，せっかく希望の大学にどうやら入学できた場合でも，肝心の生活目標を見いだせず，毎日を無為に過ごす学生が急増してきているのである。

このような彼らの示す典型的な行動形態としては，「スチューデント・アパシー」(student apathy：学生無気力症) や「燃えつき症候群」(burnout syndrome) などが挙げられよう。前者は一般的には「無気力症候群」(apathy syndrome) としても知られている。大学生の場合では，やっと大学には入学してみたもののそこは第1希望ではなかったり，目標としていた大学に入学はできても，そこでの現実が自分の期待とは大幅にくいちがっていたりすることなどがきっかけとなって，このような症候に陥ることが多いとされている。

無気力症候群の動物モデルは，装置にシャトル（往復）箱を用いイヌを被験体とした学習実験の結果から見いだされている。この実験では，どのように行動しても電気ショックから逃避も回避もできないという先行訓練（先行経験）が与えられている実験群と，そのような先行経験のまったくない統制群の両群に対して，ランプの点灯後に電気ショックが与えられるが電撃が与えられた場合には隣室へ異動すればその電撃の途中から逃避できるし，ランプの点灯後に所定の時間内に隣室へ移動すればその電撃を受けることを回避もできる，という同一条件で本訓練が行なわれた (Maier, Seligman, & Solomon, 1969. 詳細は岩本・高橋，1987；1988 をも参照)。統制群の各個体は，電気ショックの提示に対して活発に反応し，速やかに逃避行動を学習するし，ついで回避行動も学習した。これに反して実験群の個体は，電気ショックの提示に対して身じろぎもせず，凍りついたようになって電気ショックをかけられ続けていた。試行を何回繰り返しても，これらの実験群の個体は回避行動はおろか逃避行動すらまったく学習しなかった。この結果をマイヤーやセリグマンは，実験群のイヌたちは《どのように振る舞っても，結局は電撃から逃避も回避もできない》ということを，先行訓練で〝すでに〟学習してしまっていたためであると解釈した。つまり，本訓練のときにはじつは電撃から逃避やさらには回避すらもできる方法があったにもかかわらず，これらのイヌは先行訓練で《絶望を学習していた》ために，身動きもせずにただ

ひたすら与えられる電撃を堪え忍んでいた，のであると考えたのである。このような彼らの「学習性絶望」(learned helplessness)説は，スチューデント・アパシーの発生機構に大きな示唆を与えるものとして評価され，さらにはその行動を始発させ維持させている機構についての詳細な説明理論として，「順応説」，「認知説」，「神経化学変化説」などが提案されている（岩本・高橋，1988)。

一方，後者の「燃えつき症候群」の典型的タイプは，いわゆる〝猛烈管理職〟や〝過剰適応型〟の人間に多くみられ，カリスマ的でエネルギッシュな人間に多く発生するとされている。このようなタイプの人間にとって，身体的，情動的，精神的な疲労が限度を越えると，突然，無気力になり，自己嫌悪に陥り，仕事を拒否し；会社へも出勤すらしないようになってしまう。学生の場合では，これまで数年間も受験勉強に全力で取り組んでいた優等生が，目指す希望の大学に入学したのにもかかわらず，（あるいは浪人生活を経験し，第2，第3希望の大学にやっと入学したような場合にも）これまでの数年間にわたる目標が消失してしまい，突然，燃えつきたように勉学やサークル活動への意欲を失い，学生生活に適応しなくなってしまうのがその典型的な形態である（Freudenberger, 1977；久保・田尾，1991）とされている。北海道大学でも，このような学生が筆者の周りに少なからず見受けられる。

筆者たちの大学生時代は，戦後まもなくで生活に関連する諸物資もままならないときであり，授業料はおろか毎回の食事代にもたいへんな苦労をした。また思想的・政治的にも60年安保闘争，70年安保闘争などが相次ぎ，心身ともに緊張した毎日を過ごした記憶がつよい。しかし最近の多くの大学生は，自分の目標や希望についての確固たる将来像を持ち合わせていないように思われる。歴史上稀にみる長期的な平和に恵まれた日本の物質的繁栄と不毛な政治的環境の抱き合わせのなかにあって，大学入学を目標としていたそれまでの数年間とはうって変わり，突然，彼らは心身ともにきわめて弛緩した毎日を送ることになるのである。このような環境下では，彼らに「スチューデント・アパシー」や「燃えつき症候群」が激増してくるのも当然であり，それに伴って異常／問題行動が増大してくるのは，避けがたいのかもしれない。

北海道大学においても，教養部制度がきちんと機能していた平成6年度ころまでの1・2年生でも，その留年率や退学率はきわめて高く，教務，厚生，学生相談などを担当する教職員が，その対策に苦慮していたことは記憶に新たなことである。平成7年度からは教養部が廃止され，学生は1年生からすべて各学部に所属することになった。しかしながら，各学部では新入生のこのような心身の状態の対応についてのノウハウはほとんどなく，今後の1年生の留年率や退学率の推移が懸念される。

［5］異常行動，問題行動に対する行動心理学の理論による治療アプローチ

すでに述べてきたように，臨床心理学の領域では患者やクライエント（来談者）の異常行動や問題行動を解発し，それらを維持している機構としては，医学的な立場からの「疾病モデル」ではなく，学習理論の立場からの「学習モデル」の方をより重視する。つまり，この立場からは，異常行動や問題行動の発現とその維持の機構は〝健常行動〟のそれらとまったく同一であり，それらはすべて学習された行動であると見なされる。つまり，ある行動が〝異常〟か〝健常〟かは，文化的環境や個人的環境などに依存してつけられた単なる〝符号〟にすぎないと考えられているのである。このような視点に立てば，〝健常行動〟と〝異常行動〟，〝問題行動〟との本質的な隔壁は消失してしまい，これらの行動を解発し維持しているさまざまな機構に対して，行動心理学の諸理論――とくにそのなかの学習心理学の諸理論――にもとづく行動の変容や修正（治療）が，健常行動に対する場合とまったく同様に適用可能となる（岩本，1985；岩本・高橋，1987；岩本・斉藤・奥瀬，1990）のである。

行動心理学の始祖であったJ.B.ワトソンは，共同研究者のレイナー嬢とともに生後11カ月の子ども（アルバート坊や）に対して金属製のたらいを棒で打つさいに発生する大きな金属音を無条件刺激とし，恐怖を無条件反応とした古典条件づけを行なった結果，わずか数試行ののちに無条件刺激と対提示

された条件刺激であるネズミやウサギに対する恐怖反応（条件反応）の形成を実証した（Watson, & Rayner, 1920）。また，ワトソンの共同研究者のひとりであったメアリー・カバー・ジョーンズ女史は，3歳のピーターに彼の家庭で偶然に形成されていたネズミ，毛皮のコート，布団の綿，カエルなどの対する恐怖症を，現在では「系統的脱感作法」（岩本，1965；Wolpe, 1969）として知られている実験的消去の手続きのひとつを用いて治療に成功した（Jones, 1924）。これが現在は，「行動療法学」あるいは「行動変容（修正）学」と呼ばれる分野の歴史的スタートであった。

「行動療法」という用語の歴史は，一般的にはロンドン大学のアイゼンクによってはじめて用いられた（Eysenck, 1959）と記述されていることが多いが，ウォルピ（Wolpe, 1969）やカズディン（Kazdin, 1978）によれば，実際にはスキナーとリンズレイ（Skinner, & Lindsley, 1954）がマサチューセッツ州立の「メトロポリタン州立病院・行動研究所」で行なった，オペラント条件づけの技法を用いた『行動療法の研究報告書』が最初であったとされている。スキナーたちはそののち，彼らの《オペラント条件づけの原理にもとづく行動療法》を，アイゼンクたちの《古典条件づけの原理に立脚する行動療法》と区別して表現するために，自分たちの技法を「行動変容(学)」と呼ぶようになってきた。したがって，現在の「行動療法(学)」という用語には，これらの両者を含む広義の用法と，古典条件づけによるもののみを示す狭義の用法の2通りがあることになる。

このように広義の「行動療法」は，イギリスとアメリカの両国をその生地としているが，その特徴である「強力な理論的根拠」，「実施技術の単純・明快さ」，「患者やクライアントに対する時間的・経済的・肉体的負担の激減」，「卓越した治療効果」などのいくつもの強力な武器のおかげで，またたくまに両国でそれまで主役の心理療法であった「精神分析法」や「来談（患）者中心療法」を駆逐して，これらと入れ替わってしまっている（表2）【注8】。

このようにして行動療法（行動変容をも含む）は，行動心理学の発展と連動し，また古典条件づけやオペラント条件づけの理論の展開とも提携し，学習理論にもとづく多くの治療技法をあらたに開発したり，これまでの技法を

表２．これまでの心理療法と行動療法の比較*

これまでの心理療法	行　動　療　法
1．公準の形式に決して適切に定式化されない，一貫性を欠く理論にもとづく。	検証可能な演繹に導く，適切に定式化された一貫性のある理論にもとづく。
2．必要な統制的観察または実験ぬきにおこなわれた臨床的観察から導かれている。	基礎理論とそれからおこなわれた演繹を検定するために特に計画された，実験的研究から導かれている。
3．症状を無意識の原因（「コンプレックス」）があからさまになった結果と考える。	症状を不適応な条件反応と考える。
4．症状を抑圧の証拠と考える。	症状をあやまった学習の証拠と考える。
5．症候論は防衛機制によって決定されると信じる。	症候論は偶発的な環境情況および条件づけ可能性と自律神経不安定の個人差によって決定されると信じる。
6．神経症障碍の処置はすべて歴史的に基礎づけねばならない。	神経症障碍の処置はすべて現在の習慣にかんするものである。習慣の歴史的発達には関係しないと言ってよい。
7．治療は根底にある（無意識の）力動を統制することによって達せられるものであって，症状それ自体を統制することによって達成せられるのではない。	治療は症状それ自体を統制すること，つまり，不適応な条件反応を消去し，のぞましい条件反応を確立することによって達せられる。
8．症状，夢，行為，等の解釈は重要な処置の要素である。	解釈は，たとえ完全に主観的でも誤りでもない場合にも，無関係なものである。
9．症候論上の処置は新しい症状をつくり上げていくことになる。	症候論上の処置をおこない，骨格的および自律的な条件反応過剰が消去されさえすれば永久的回復に導く。
10．転移関係は神経症障害の治癒に欠くことのできないものである。	個人的関係は，ある情況では有用であることもあるが，神経症障害の治癒に欠くことのできないものではない。

*Eysenck, H. J. 1959.（異常行動研究会訳，1965）による。

表3．各種の問題・症状と行動療法の諸技法*

問題・症状 / 適用技法	不安・イライラ	引っ込み思案	登校拒否	言語障害	神経症	心身症	学業不振	習癖（チックなど）	自閉症・精神薄弱	いじめ・暴力	精神病一般
系統的脱感作法	◎	○	◎	◎	◎	◎					○
自律訓練法	◎	○	◎	○	◎	◎					○
リラクセーション法	◎	○	◎	○	◎	◎					○
バイオフィードバック法	◎		○	◎	◎	◎					○
主張訓練法	○	◎	◎	◎	◎	◎	○			○	
情動提示法	○	○	○	◎	◎	◎					
シェーピング法	○	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	○	◎
トークン・エコノミー法			○		○	○	◎	◎	◎	◎	◎
オペラント法			○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
セルフ・コントロール法	◎	○	○	○	◎	◎	◎	◎		○	○
モデリング法		○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
行動カウンセリング	○	○	○		◎	◎	○			◎	○
ストレス免疫訓練法	◎	◎	◎	○	◎	◎		○		◎	
社会技術訓練法	○	◎	◎	○	◎	◎	○		◎	◎	◎
構成的学習療法	○	◎	◎	○	◎	◎	◎	○	○	○	
合理情動療法	◎	○	○	○	◎	◎	○	○		○	

◎最適　○適

*内山，1988.による。

改良したりしながら，まさしくこれまでの最強にして最大，最良の新たなる心理療法となってきたのである。たとえば『講座サイコセラピー：2　行動療法』（内山，1988）によれば，16種類もの技法が，行動療法や行動修正に根拠をもち，また「行動療法」と分類されるとしてその適応症とともに列挙されている（表3）。

［6］新しい心理療法：認知行動療法とはなにか

ところで，現代の基礎心理学や実験心理学の領域を，ある視点に立ってごく簡単に解説すれば，「行動心理学」と「認知心理学」とに2分されていると

いえよう。さらにこの行動心理学は，古典条件づけを基盤とする「パヴロヴィアン心理学」とオペラント条件づけを基盤とする「オペラント心理学」とに分かれている。認知心理学も同様に，「情報処理アプローチによる認知心理学」や「生態学的アプローチによる認知心理学」などに分類することができよう(Neisser, 1980；岩本・上田・山田，1988；岩本，1993)。行動心理学と認知心理学はそれぞれ，1910年代に発足した「行動主義の心理学」と「ゲシュタルト心理学」をその源流のひとつとしていると考えることができるが，この両者がともに1950年代のころから軌を一にして革新的変容を遂げ，今日の「行動心理学」と「認知心理学」に変貌したのは，きわめて興味深いことである（岩本，1995)。

臨床心理学の領域の研究者や治療者における目的意識とは，素朴に表現すれば患者やクライアントの治療や苦痛の軽減が唯一無二であり，したがって臨床の現場では，治療の実効とは直接的に結びつかないたんなる理論闘争のみが重視されるようなことは，ほとんど起こり得ない。認知心理学の流行とともに「認知（的）行動療法」(cognitive behavior therapy）あるいは「認知療法」(cognitive therapy)などと呼ばれる心理療法が，比較的最近になって提案されてきている。これらの心理療法には〝認知〟という言葉が用いられてはいるが，認知行動療法はもちろん認知療法もそれらの治療理論の根底はいずれも，あくまでも〝行動療法〟なのであり(Bellack, & Hersen, 1985；岩本，1990；坂野，1995)，現時点では応用的展開に乏しい認知心理学とは，その理論的基盤を根底から異にしているといえる【注9】。

さまざまな心理療法に対する伝統的な行動療法の優位は，さきに述べたとおりであり，依然として変わらない。しかしながら，個々の異常行動や問題行動（不適切な生理－情動反応をも含む）に対して，これまでのように伝統的な行動療法のどれかを適用するよりも，患者やクライアントの症状によっては，彼らのもっているさまざまな異常な行動や不適切な生理－情動反応(陰性感情）を，〝認知〟という枠で包括してひとつのものとして把握し，そのような〝不適切な認知全体〟を，ひとつの不適切行動の場合に対するある行動療法の適用の場合と同様に，その〝ひとかたまりの不適切な認知〟をそのま

ま，〝適切な認知〟（適切な行動や陽性感情）へと一挙に転換を図る方が，効率がよい場合も多いであろう。

認知行動療法も認知療法も，ただ〝認知〟という概念を，これまでの既存のさまざまな心理療法（広義の行動療法をも含む）の場合よりも，さきの例のようにより積極的に用いることによって，治療効果を高めようとする〝ひと味異なった行動療法〟であるにすぎない（Bellack, & Hersen, 1985）。たとえば岩本らの翻訳（岩本他，1990）で日本でもよく知られている「認知再構成療法」（cognitive restructuring therapy：CRT）は，認知行動療法のなかでは代表的な療法のひとつとされているが，これは《不適切な行動や不適切な生理ー情動反応の原因であると考えられる患者，あるいはクライアントの習慣的な思いこみ（信念）を〝認知〟という概念で包括して捉え，そのような患者／クライアントのもっている〝悲観的で不適切な認知や陰性感情〟全体を，行動療法の手法を用いて一挙に〝明るい適切な認知や陽性感情〟へと変容させようとする，新しい視点からの行動療法のひとつである》にすぎない（Bellack, & Hersen, 1985；なお，岩本，1990；奥瀬，1990；斎藤，1990も参照）のである。認知行動療法には，さまざまな変法があるが，このような基本構造には差異がない（表 4.）。また，認知行動療法は個人単位の治療において有効であるばかりでなく，集団単位の治療においてもきわめて優れているとされている（McMullin, & Giles, 1981）。

認知療法や認知行動療法の歴史は，今から約 30 年前にさかのぼる。1960 年代のはじめごろから，臨床心理学者たちは行動療法に認知的側面を導入することに興味をもちはじめた。つまり「認知行動療法」というあたらしい心理療法が突然に出現したのであった（McMullin, & Giles, 1981）。当時の認知行動療法は，現在の時点から見ればもちろん多くの欠陥をもってはいたが，たとえばアルバート・エリスの生産的な貢献（Ellis, 1962 をはじめとする一連の研究）は，厳密な科学的方法論よりも雄弁な修辞学によって支えられてた面はある（Azrin, & Nunn, 1978; Jacobson, & Margolin, 1979）にしても，認知療法や認知行動療法のその後の発展のために優れた指針を与えたといえよう。一方，経験哲学から発展してきた学習理論や認知的研究などを基

表4．さまざまな認知行動療法*

	治療体系名（原文）	治療体系名（邦訳）	主たる提唱者
1961年	Modeling	モデリング	Bandura et al.
1962年	Rational-Emotive Therapy	合理情動療法	Ellis
1963年	Cognitive Therapy	認知療法	Beck
1965年	Coverant Control	カベラントコントロール	Homme
1967年	Covert Conditioning	内潜条件づけ	Cautela
1969年	Therapeutic Modeling	モデリング療法	Bandura et al.
1970年	Self-monitoring	自己監視法	McFall
1971年	Problem-Solving Therpy	問題解決訓練	D'Zurilla & Goldfried
1971年	Self-instructional Training	自己教示訓練	Meichenbaum & Goodman
1971年	Behavioral Family Therapy	行動的家族療法	Patterson
1971年	Anxiety-Management Training	不安管理訓練	Suinn & Richardson
1973年	Multimodal Behavior Therapy	多面的行動療法	Lazarus
1974年	Systematic Rational Restructuring	系統的合理的再体制化法	Goldfried et al.
1976年	Cognitive-behavioral Hypnotherapy	認知行動的催眠療法	Spanos & Barber
1977年	Social Skills Training for children	社会的スキル訓練	Combs & Slaby
1977年	Cognitive Behavior Modification	認知的行動変容	Meichenbaum
1977年	Self-control Behavior Therapy	セルフコントロール行動療法	Rehm
1981年	Behavioral Marital Therapy	行動的夫婦療法	Jacobson
1982年	Interpersonal Cognitive Problem-Solving Therapy	対人的認知的問題解決療法	Spivac & Shure
1983年	Rational-emotive Hypnotherapy	合理情動催眠療法	Golden
1983年	Structural Cognitive Therapy	構造的認知療法	Guidano & Liotti
1984年	Rational Behavior Therapy	合理的行動療法	Maultsby
1985年	Stress Inoculation Training	ストレス免疫訓練	Meichenbaum
1985年	Personal Construct Therapy	パーソナル・コンストラクト療法	Neimeyer
1986年	Cognitive Appraisal Therapy	認知的評価療法	Wessler & Hankin-Wessler
1988年	Social Skills Training for psychiatric patients	生活技能訓練	Liberman

*坂野，1995.による。

盤とし，その応用のひとつとして認知行動療法に到達したいくつかの立場（Mahoney, 1974; Michenbaum, 1977; Foreyt, & Rathjen, 1978; Kendall, & Hollon, 1979）もきわめて貴重なものであり，重要なものとして評価すべきであろう（表4）。

わが国における各種の認知行動療法の紹介は，1980年の山口・坂野の展望論文（1980）にはじまったといえるが，現在はますますさかんとなってきている（表5）。その後の認知行動療法の実践例は，主として「日本行動療法学会」の年次大会においてしだいに多く発表されるようになり，この傾向は順

表5．わが国に紹介された認知行動療法関係の書籍*

書　　名（翻訳書発行年，原著者，監訳者，訳者．下段は内容）
ストレス免疫訓練（1989，Meichenbaum，上里） 筆者の提唱するストレス免疫訓練のマニュアル
うつ病の対人行動治療（1990，Becker et al．高山） 対人関係によるストレスをSSTによって取り除くことでうつ病の改善をはかろうとする治療プログラムの実際を詳細に紹介
いやな気分よさようなら（1990，Burns，野村他） 自尊心の向上，抑うつ気分からの解放，怒りのコントロール，ストレス対処，自己成長等，気分を自己コントロールするための具体的方法論を示した好書
認知療法（1990，Beck，大野） 認知療法の原理と実際について，うつ病，その他の障害別にその実際を体系化
認知行動療法入門（1990，McMullin & Giles，岩本他） 認知的再構成化を中心とした認知行動療法の概説書の翻訳に加え，訳者らのグループによる認知行動療法の事例6例の分析と，認知行動療法に関する展望論文が含まれている．認知行動療法を知るに適した書物
シューラーの認知療法入門（1991，Schuyler，高橋） 認知療法の実際をまとめた入門書
オプティミストはなぜ成功するか（1991，Seligman，山村） オプティミズムと精神的健康等，楽観的な認知的構えの機能について平易に概説した好書
食べたいでもやせたい：過食症の認知行動療法（1991，Weiss et al.，末松） 過食症に対して実施される認知行動療法の治療マニュアル
うつ病の認知療法（1992，Beck et al.，坂野） 認知療法のバイブルともいわれ，うつ病に対する認知療法の実際について体系化した書物
認知行動療法（1992，Meichenbaum，根建） 自己教示訓練，ストレス免疫訓練，認知的再構成化法を中心としてマイケルバウム流の認知行動変容法を論じた書物
自尊心の発達と認知行動療法（1992，Pope et al.，高山） 子どもの教育や発達を理解し，子どもの問題行動を修正するさい，とくに自尊心の問題に焦点をあて，どのように理解し，どのように変容させていくかを概説した実践書
原因帰属と行動変容（1993，Antaki & Brewin，細田他） 原因帰属の型の変容によってどのような行動の修正が可能であるかについて，教育場面と臨床場面における実際を紹介
認知療法臨床ハンドブック（1993，Freeman et al.，高橋） 認知療法の原理と具体的技法の他，うつ病，不安障害，人格障害等，DSMの診断基準に基づいて，障害別に，認知療法を行うさいの留意点をまとめたハンドブック
実践的精神科リハビリテーション（1993，Liberman，安西他） 慢性の精神障害者の社会的自立をねらった精神科リハビリテーションの実践的マニュアル
うつ病の問題解決療法（1993，Nezu et al.，高山） うつ病を中心として，対人関係を始め，日常のさまざまな問題に対する問題解決能力をいかに形成するかという観点からまとめられたマニュアル
実践的認知療法：事例定式化アプローチ（1993，Persons，大野） 認知療法の事例定式化モデルにしたがって介入の実際をまとめた治療マニュアル
抑うつの認知行動療法（1993，Williams，中村） うつ病に対する認知行動療法の実際について詳述

*坂野，1995．による。

次，関連する諸学会にも広まってきている。認知療法や認知行動療法であると判定された発表論文数の推移やその適用範囲については，坂野の『認知行動療法』(1995) に紹介されている高澤・田村・岩本・斎藤・斎藤 (1994) の図が明瞭にこれらの事情を示していると思われるので，この論文にも転載しておく（図1.，図2.，図3.)。

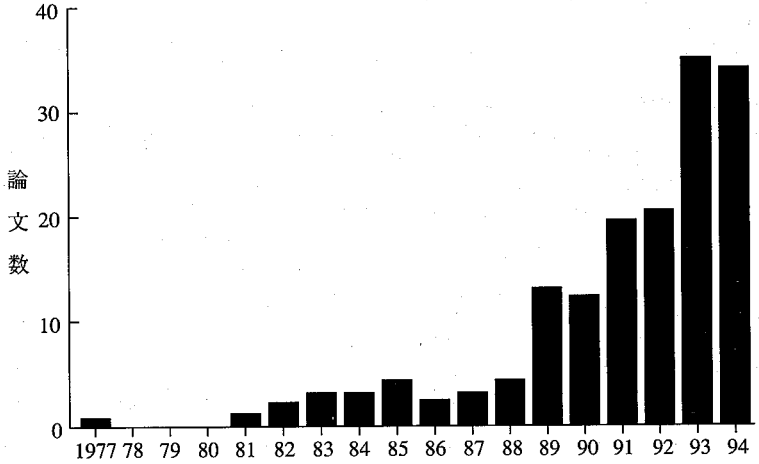

図1．日本行動療法学会で発表された認知行動療法に関連する論文数
（高澤・田村・岩本・斎藤・斎藤，1994．坂野，1995．より転載）

認知行動療法は先に述べたような多くの利点をもち，これまでの行動療法を革新する可能性を秘めてはいるが，一方では低学歴や知能指数の低い患者／クライアントの場合には不適合のことが多い，などのいくつかの欠点も挙げられている。認知行動療法の適応症やその真価などについては，この治療技法が比較的最近に開発されたこともあって，現時点では多くの問題を残しているが，私たちはこの認知行動療法の今後の展開を，大いなる関心をもって注目すべきであろう。

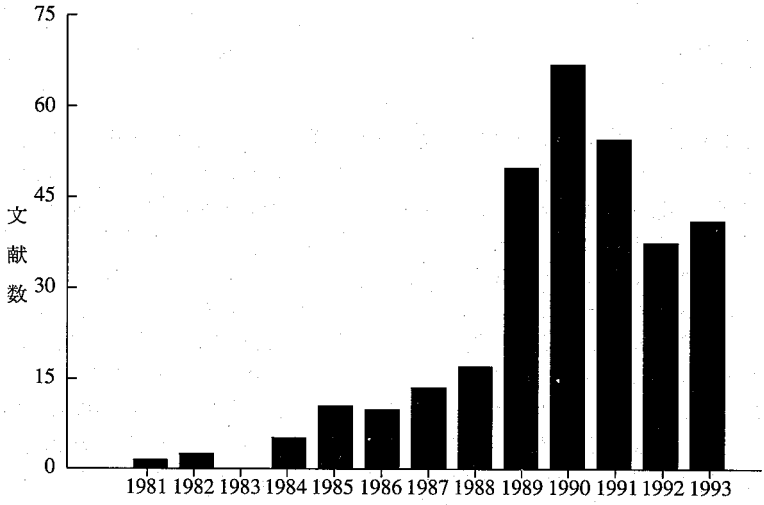

図２．年代別にみた日本で発表された認知療法・認知行動療法の文献
（高澤・田村・岩本・斎藤・斎藤，1994．坂野，1995．より転載）

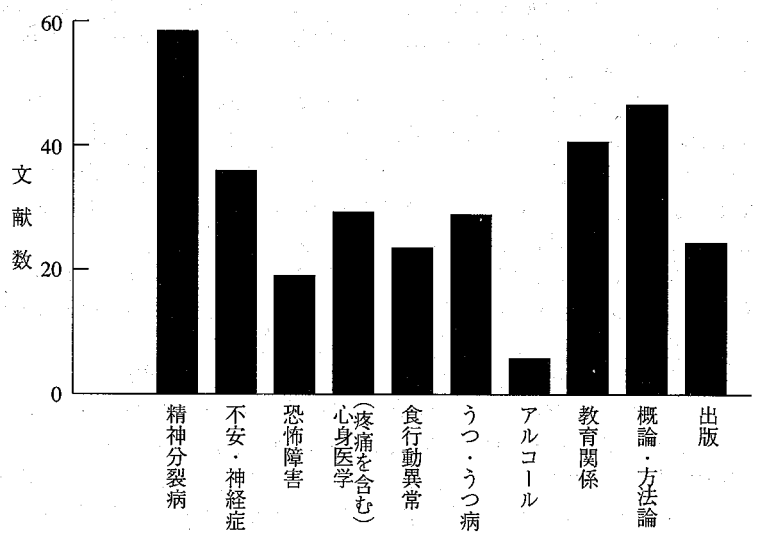

図３．わが国における認知行動療法の適用事例数
（高澤・田村・岩本・斎藤・斎藤，1994．坂野，1995．より転載）

[7] 注

注1：平成6年度を例にとれば，教養部第1学年の入学者は2,556名で留年者を加えると1年生の総数は2,691名であった。これらの学生の1年間の退学者数は40名で，休学者数は23名であった。第2学年の退学者数は47名，休学者数は138名であった。この他に各学部の3年目，4年目，および医学部，歯学部，獣医学部の5年生，6年生の分を加えると，北海道大学全体における平成6年度の学部生の年間退学者と休学者の総数は，それぞれ137名と275名に達する。平成6年度における学生総数は11,321名であったので，この年度の退学率は約1.21%で，休学率は約2.43%であった。これは，平成6年度の1年間だけで約3.64%にも達する学生たちが，北大での勉学から脱落したことを意味している。

学生から提出される「退／休学届」には，その原因は〝一身上の理由〟などと記載されているため，精神的問題が原因の人数は具体的には把握されていない。

北海道大学学生部発行の『学生生活実態調査報告書』(1994年度版)によれば，北大生の精神的な悩みは1年目から4年目までの学部生全体で，「具体的に悩んでいる」が約20%，「心配ごとで眠れないことがよくある」が約2%，「やる気がなくなっている」が約9%，「将来が不安である」が約9%，合計すると約42%であったとされている。

一方，大学院生（修士課程と博士課程の両者を含む）の場合には，「具体的に悩んでいる」が約20%，「心配事で眠れないことがよくある」が約3%，「やる気がなくなっている」が約6%，「将来が不安である」が約20%，合計すると約48%にも達しており，北大の院生の約半分が精神的な悩みを抱えているといえよう（『学生生活実態調査報告書』1994，59頁を参照）。

注2：このための試みのひとつとして，「北海道大学・学生相談室」主催の「公開講演会」が，北海道大学の全学生を対象として，平成元年以降は以下のようにほぼ毎年開催されている。（職名は当時のもの。敬称略）

平成元年度　「火山の明暗」北海道大学理学部教授　勝井義雄

平成3年度　「現代社会と心の問題 ── 青年期精神心理を中心に ──」北海道教育大学教育学部教授・北海道大学学生相談員　奥村晶子

平成4年度　「さまざまな価値のはざまで ── カウンセリングにみる心の全体性 ──」札幌医科大学衛生短期大学部助教授・北海道大学学生相談員　池田光幸

平成5年度　「心の病気とはなにか」北海道大学医学部講師・北海道大学学生相談員　笠原敏彦

平成6年度　「学生相談で教えられたこと」北海道大学保健管理センター助教授・北海道大学学生相談員　岡田文彦

平成7年度　「心の科学 ── 青年期の心の病について ──」北海道大学医学部講師・北海道大学学生相談員　傳田健三

また，学生相談室のPRのために「窓：FENESTELLA CORDIS」（このラテン語は，〈こころの小窓〉という意味）と題する小冊子が，北海道大学学生相談室から昭和61年4月に創刊号が，昭和63年4月に第2号がそれぞれ発行され，全学の学生に配られた。

注3：カマラと名づけられた女児は，1920年10月17日，インドのカルカッタ市から約130 kmはなれたミドナプールで，シング（Singh, J.A.L.：正確には〝シン〟と発音されると思われるが，わが国ではこれまで〝シング〟氏として知られている）牧師によってオオカミの巣穴から救出された。発見時，推定約8歳。発見後9年間はシング夫妻とともに生活し，1929年11月14日に死亡した。彼女は2足歩行の場合には最後までヨチヨチ歩きしかできず，急ぐときは4足歩行となった。言語機能については約40個の単語をどうやら発音できるようになったが，文法は最後までほとんど習得できなかった。シング牧師によって多くの写真も撮られており，また詳細な記録も残されている。カマラと同時に，推定約1歳6カ月のアマラと名づけられた女児も救出されたが，翌年9月21日に死亡したのでこの子については注目すべき生活記録はほとんどない（シング著，中野訳，1977；なお，岩本・高橋，1987も参照）。

なお，この2児がオオカミによって育てられていたとするシング牧師の記録に，異議を述べる研究者たちもいる。たとえばわが国の著明な発達心理学者である藤永保氏は，シング牧師の記述に〝アマラとカマラの眼が，夜になると光る〟という部分などを指摘して，この事実の信憑性を問題にしている（藤永，1985，1990）。

注4：1976年，ラームーは，インド北東部にある森のなかでオオカミの子3匹とともにいるところを発見された。発見当時は推定約10歳の男児で，1985年に20有余年の一生を終わった。

以下は，1985年2月24日づけ朝日新聞朝刊の第14版，7ページの「話題」欄に掲載された記事の全文である。

《「オオカミ少年死す」インドのUNI通信が（2月）23日，伝えたところによると，同国北東部のウッタルプラデシュ州ラクノーにある救貧施設に収容されていた「オオカミ少年」ラームー君が18日，死亡した。原因は不明だが，二週間前に急激な腹痛に襲われたあと，手術のかいなく，二十余年の数奇な一生を終えたという。

ラームー君は1976年，森の中でオオカミの子ども三匹と一緒にいるとこ

ろを発見された。当時の推定年齢は約十歳，それまでオオカミに育てられ，食べ物は生肉。長い間，四つ足で歩行したため，手のひらや，ひじ，ひざの表面が動物の足の裏のように硬くなっていた。

発見された後，マザー・テレサが運営する施設に引き取られ，人間としての教育を受けた。入浴や服を着ることは覚えたが，言葉は最後までしゃべれないままだった。(AP)》

注5：ジーニーは仮名で，イスラム神話における妖精，霊魔，魔神を意味するGenieにちなんで名づけられた。プライバシー保護のため彼女の個人的情報はほとんど開示されていないが，アメリカ合衆国，カリフォルニア州のテンプル・シティでの出来事であった。1970年の11月17日のロスアンゼルスタイムス紙に「13歳少女，生まれたときから監禁生活／両親を拘留」として報じられた実話である。異常な父親とそれを傍観していた母親によって，彼女は便器付き幼児用椅子に生後1歳8カ月ごろから13歳6カ月に達するまで，くくりつけられたままであった。母親はこの夫に服従して，ほとんど彼女の世話をしなかった。しかし，1970年11月にその母親がジーニーとともに脱出し警察に保護され，家族援護施設に収容された。ジーニーの両親は警察によって告発され拘留されたが，裁判の当日に父親は自殺した（Curtiss, 1977）。

ジーニーは「現代の野生児」として注目され，彼女の言語や身体における障害の程度や救出後の心身の発達などについて，多くの発達心理学者や言語学者から大きな関心が寄せられた。救出後のジーニーは急速に〝人間〟としての行動を習得しつつあるように思われた（Curtiss, 1977）が，そののちはしだいに顕著な進歩が見られなくなり，依然として情緒の発現と制御や統語能力などに大きな障害を抱えているという（Rymer, 1993）。現在も彼女についての教育と研究は，精力的に続けられている。

岩本・高橋（1987）によれば，いわゆる野生児には3種類のタイプがあり，それらは，①発見時に，野生の哺乳動物とともに生活していた場合（オオカミに育てられていたカマラやラームーの事例など）②発見時は，人間や動物からまったく孤立していた場合（アヴェロンの野生児・ヴィクトールの事例など）③人為的に厳しい拘禁状態にあった場合（ジーニーの事例など）とされている。第3の場合の事例としてここではジーニーを挙げたが，この場合のもっとも著名な事例は，カスパー・ハウザーである。彼はなんらかの事情で生後まもなくから17年間にわたって地下牢に押し込められ，番人によって週に2回だけ乾パンと水を与えられていたらしい。彼は1828年5月26日に突然解放され，ニュールンベルグの街に姿を現わした。彼の行動は警察，裁判所，学者たちなどによってさまざまな角度から分析され，膨大な資料が残されている。

彼は同一の番人との17年間にわたるささやかな交流が基盤にあったせいか，

多くの困難と闘いながらもドイツ語，ラテン語をはじめ，算数，音楽などに驚くべき学習成果を示し，自伝も残されている（A.v. フォイエルバッハ著，中野・生和訳，1977；種村，1983）。地下牢から開放され世の中に出てきたことによって，カスパーはドイツ連邦諸国はおろか世界的に著名な人物となった。しかし，多くの人々によって彼が幽閉されていた原因が探査されはじめたためか，1833年の12月14日に2度目の暗殺事件が成功し，人間の世界に姿を現わしてからわずか5年で，カスパーは今度は永遠にわれわれから姿を消してしまった。

今日では，初期経験や学習の可能性を奪われた動物や人間に特徴的な特異な行動様式は「カスパー・ハウザー症候群」と，また，カスパー・ハウザーの示した対人接触困難性などの行動特性は「カスパー・ハウザー・コンプレックス」と，それぞれ呼ばれるようになっている。

また，この事実を踏まえて制作された，ニュー・ジャーマン・シネマの旗手のひとりであるウェルナー・ヘルツォーク監督の映画『カスパー・ハウザーの謎』（この原題は Jeder Für Sich Unt Gott Gegen Alle：各人は自分のために，そして神はみんなに反して，1974）は，最初に上映されたドイツでは悪評であったが，1975年のカンヌ映画祭で国際映画批評家連盟賞・審査員特別賞などを授賞し，日本でも公開された。この映画のビデオは，かつて東映ビデオ㈱から『カスパー・ハウザーの謎』として発売されていたが，残念ながら現在は発売中止となっている。

注6：1799年7月，フランスの南部にあるアヴェロン県のラ・コーヌの森のなかで，11～12歳と推定された真裸の男の子が，木の実や草の根などを探して食べているところを発見され，保護された。この子どもは1週間後には逃亡したが，1800年1月に食物を探すために民家に入り込んでいるところを，ふたたび捕らえられた。

この報告を受けたリュシアン・ボナパルト内相（ナポレオンの弟）は，この野生児についての研究が人間の精神活動の解明に役立つと考えて，この子をパリへ移送させ，その管理を「人間観察家協会」に委託した。この子は1800年8月にパリに到着したが，《パリの人びとは，まぶしいまでに顔を輝やかせ，地に足がつかないほどうきうきし，「アヴェロンの野生児」の到着を待ち受けていた》（イタール著，中野・松田訳，1978）と伝えられている。

ヴイクトールと名づけられたこの子は，まず，著名な精神医学者として知られていたフィリップ・ピネル（近代精神医学の確立に尽力。とくに，フランス革命のさいに精神病者を病院の鉄鎖から解放し，拘束せずに治療を行ったことで精神医学史に名が残っている）によって検査されたが，その結果〝唖であり，そのうえ知能的には白痴である。治癒・教育は不可能である〟と診断され，その身柄は国立聾唖学校に預けられた。たまたま，この学校に住み込みで勤務し

ていた青年医師のイタールは，ジョン・ロックやコンディヤックの影響を受けており，信奉する「人間白紙誕生説」（タブラ・ラサ説；もともとはアリストテレスによって提唱され，その後ジョン・ロックなどの英国経験論者たちによって深化，継承された，《人間の心は，だれでも生まれたときは白紙の状態にあるが，それ以後の環境や経験によって，それぞれの人間が形成される》とする立場。ルネ・デカルトの生得的観念論，大陸合理論とは真っ向から対立する）に従って，同じ学校に勤務する教師のゲラン女史とともに1801年の1月から6年間にわたる体当たり的な教育にあたった。結局，このヴィクトールも知能障害のためかあるいは言語習得の臨界期を過ぎてから救出されたためか，文法はほとんど習得できなかったが，牛乳（lait）をはじめとするいくつかの単語を話したり，文字らしいものを書いたりできるようにはなった。

しかし，彼の献身的な教育にもかかわらず，ヴィクトールの行動を「健常児」の水準にまで戻すことは，とうていできなかった。イタールは人間形成における初期経験の重要性を認識しながらも，教育の限界を感じてこの少年を最終的に〝白痴〟と診断し，また，思春期に入ったヴィクトールの発作的凶暴性に手を焼いて，止むをえず以後の教育を断念した。ヴィクトールはその後ゲラン女史の家に引き取られ，1828年，推定約40歳で死亡した。

ヴィクトールが先天的に知能障害をもっていたのか，それとも言語の習得をはじめとする多くの学習障害が，じつは学習の臨界期の喪失や初期経験の乏しさなどに起因している後天的なものであったのかについては，現在残されている資料からは確かめようがない。なお，この事実をもとにして，フランスの映画監督フランソワ・トリュフォーは『野性の少年』（L'ENFANT SAUVAGE. MGA/UA, 1969）と題する感動的な劇映画を制作し，みずからイタールの役を演じた。この映画は日本でも公開され，またそのビデオは1992年に㈱ワーナー・ブラザース・ホームビデオから同名で発売されており，いまのところは入手可能である。

注7：ブレイクモアとクーパーは，子ネコを5～6カ月間，暗室のなかで育てたが，この期間中に1日に4～5時間だけ明室のなかで，ある子ネコには縦縞だけを，別の子ネコには横縞だけを見せた。このようにして生後半月から5カ月に達したときに，子ネコの大脳視覚受容野皮質における神経細胞の活動電位を記録すると，縦縞だけを見せられて育てられた子ネコには縦縞刺激にきわめて活発な活動電位が多数見られるようになったが，横縞に応答する神経細胞はほとんど見られなかった。横縞だけを見せられて育てられた子ネコの場合では，この反対の現象が見られた。

このように乳幼児期に提示される視覚刺激に対応して特殊化した皮質の神経細胞は，「特徴抽出神経細胞」と呼ばれている。私たち人間の皮質の感覚細胞も，

発達の過程で経験するさまざまな視覚情報と対応して，きわめて多様に特殊化していることが，実際に確かめられている（Blakemore, & Cooper. 1970；岩本・高橋，1987）。

注8：これらについてのくわしい事情については「〝手軽な〟心理療法が大受け」（ニューズ・ウィーク日本語版，1986），「アメリカの精神分析に冬の時代」（ニューズ・ウィーク日本語版，1988）や，『精神分析に別れを告げよう』（Eysenck, 1986）などの文献を参照されたい。なお，このような事情の背景には，アメリカなどにおける近年の医療保険制度との関連もあるらしい。アメリカの国内外に不景気がつづき，一方では長期治療や高額な薬品の使用などのために医療保険金の請求が多額になってくるに及んで，多くの医療保険では長くとも26週（回）以内に，一般的には13週（回）以内に終結する心理療法にしか，保険給付金を認めなくなってきているとのことである。精神分析や来談者中心療法は，その根本的な治療構造からもわかるように，かなり長期にわたる治療や面接を必要とすることも多く，わずか12〜13週（回）の短期間で治療を完結するというアメリカの保険契約条件には調和し得ない部分が多い。このため，行動療法をはじめとする〝ブリーフ・サイコセラピー〟（「短期心理療法」や「時間制限心理療法」）による治療効果が，これまでの伝統的な心理療法との比較において《優ることはあっても，けっして劣ることはない》（上地，1980；1984）ことがしだいに明瞭になるにつれ，その優位性も確固たるものとなりつつあるのが現状である。

注9：認知行動療法や認知療法が行動療法であるか否かについてのこのような筆者の意見は，Bellack, & Hersen（1985）をはじめとする非常に多くの世界的な見解に支援されている。事実これまでの世界行動療法学会は，1995年度からはその学会名に〝cognitive〟が追加されることになった。

しかしながら，これらの療法が行動療法ではないとする意見も存在する。各国別では世界最大のアメリカ行動療法学会（Association for Advancement of Behavior Therapy: AABT）は全会員に呼びかけて会の名称中に〝cognitive〟を追加すべきか否かについて投票を行なったが，時期尚早を理由として僅差で否決され，本年度は見送りとなった。

一方，1995年の日本行動療法学会第21回大会では「認知行動療法は行動療法か」と題するシンポジウムが開催された。肯定的立場からの話題提供者（熊野，1995；坂野，1995）と指定討論者（高山，1995）はもちろんであるが，否定的立場からの話題提供者（杉山，1995；谷，1995）と指定討論者（大隅，1995）たちすら，巨視的にはその同一構造を認めていた（日本行動療法学会第21回大会発表抄録集，1995）。

このようなことから，《認知行動療法は，行動療法のなかの1技法である》と

見なす傾向は現時点においては世界的趨勢であり，今後はますます強固となるものと思われる。

[8] 参考文献

朝日新聞　1985.「話題」欄〝オオカミ少年，死す〟2月24日，朝刊14版，7ページ.

Azrin, N.H., & Nunn, R.G. 1978. *Habit control in a day*. Pocket Books.

Bellack, A.S., & Hersen, M. 1985. *Dictionary of behavior therapy techniques*. Pergamon Press. (山上敏子監訳『行動療法事典』岩崎学術出版社，1987)

Blakemore, C., & Cooper, G.F. 1970. Development of the brain depends on visual environment. *Nature*, **228**, 447-478.

Curtiss, S. 1977. *Genie: A psycholingustic study of a modern-day wild child"*. Academic Press. (久保田競・藤永安生訳『ことばを知らなかった少女ジーニー』築地書館，1992)

Davison, G.C., & Neale, J.M. 1974. *Abnormal psychology: An experimental clinical approach*. Wiley.

Ellis, A. 1962. *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

Eysenck, H.J. 1960. Learning theory and behaviour therapy. In H.J. Eysenck (Ed.) *Behaviour therapy and the neuroses*. Pergamon Press. (異常行動研究会『行動療法と神経症』誠信書房，1965. ただしこの論文は，1959年に *Journal of Mental Science*. 誌に発表されている)

Eysenck, H.J. 1986. *The decline and fall of the Freudian empire*. Curtis Brown. (宮内勝・中野明徳・藤山直樹・小澤道雄・中込和幸・金生由紀子・海老沢尚・岩波明『精神分析に別れを告げよう ── フロイト帝国の衰退と没落 ──』批評社，1988)

フォイエルバッハ，A,v. 著，中野善達・生和秀敏訳　1977.『カスパー・ハウザー』福村出版.

Foreyt, J., & Rathjen, D. (Eds.) 1978. *Cognitive behavior therapy: Research and application*. Plenum.

Freudenberger, H.J. 1977. *Burnout*. Carol Mann Liberty, New York. (川勝久訳『バーンアウトシンドローム』三笠書房，1981)

藤永保　1980. 研究ノート：野生児の話題と世界観　朝日新聞朝刊　9月2日

藤永保　1990.『幼児教育を考える』岩波新書，岩波書店.

北海道大学学生部（編）1994. 学生生活実態調査報告書，北海道大学・学生部.

北海道大学学生相談室（編）1986. 窓：FENESTELLA CORDIS. 創刊号. 1-12.

北海道大学学生相談室（編）1988. 窓：FENESTELLA CORDIS. 第2号. 1-8.

イタール，J.M.G. 著，中野善達・松田清訳　1978.『新訳・アヴェロンの野生児』福村出版.（Itard, E.M. 1801. *De l'Educa-tion d'unhomme Sauvage ou des preriers développement et moraux du jeune sauvage de l' Aveyron.*）

岩本隆茂　1965. 行動療法としてのJ. Wolpeの条件づけ療法　異常行動研究会誌，**5**，10-13.

岩本隆茂（編集代表）1985.『オペラント行動の基礎と臨床』川島書店.

岩本隆茂　1990. 訳編著者まえがきにかえて　岩本隆茂・斉藤巌・奥瀬哲（共訳・編・著）『認知行動療法入門』川島書店.

岩本隆茂　1993. 行動心理学と認知心理学（Ⅴ）II. パヴロヴィアン心理学とオペラント心理学の基本構造　北海道大学文学部紀要，**41-3**，107-119.

岩本隆茂　1995. 学習心理学と心理療法　北海道内観懇話会・第8回記念講演，北海道内観懇話会ニュース，**8**，1-2.

岩本隆茂・川俣甲子夫　1990.『シングル・ケース研究法』勁草書房.

岩本隆茂・久能弘道　1988. 行動心理学と認知心理学（II）　北海道大学文学部紀要，**36-2**，101-121.

岩本隆茂・久能弘道　1992. 行動心理学と認知心理学（Ⅳ）　北海道大学文学部紀要，**40-2**，189-219.

岩本隆茂・斉藤巌・奥瀬哲（共訳・編・著）1990.『認知行動療法入門』川島書店.

岩本隆茂・高橋雅治　1988.『オペラント心理学』勁草書房.

岩本隆茂・高橋憲男　1987.『改訂増補・現代学習心理学』川島書店.

岩本隆茂・上田悦子・山田弘司　1988. 行動心理学と認知心理学（Ⅰ）Ⅰ. はじめに　北海道大学文学部紀要，**36-1**，89-90.

異常行動研究会（編）　1967.『行動病理学ハンドブック』誠信書房.

Jacobson, N., & Margolin, G. 1979. *Marital therapy*. Brunner/Mazel.

Jones, M.C. 1924. Elimination of children's fear. *Journal of Experimental Psychology*, **7**, 382-390. In H.J. Eyzenck (Ed.) *Behaviour therapy and the neuroses*. Pergamon Press, 1960.（異常行動研究会『行動療法と神経症』誠信書房，1965.）

久保真人・田尾雅夫　1991. バーンアウト ── 概念と症状，因果関係について ──　心理学評論，**34**，412-431.

Mahoney, M. 1976. *Permanent weight control*. W.W. Norton.

Maier, S.F., Sligman, M.E.P., & Solomon, R.L. 1969. Pavlovian fear conditioning and learned helplessness: Effects on escape and avoidance behavior of (a) the CS-US contingency and (b) the independence of the US and voluntary responding. In B.A. Campbell, & R.M. Church (Eds.) *Punishment and aversive behavior*. Appleton Century-Crofts.

McMullin, R.E., & Giles, T.R. 1981. *Cognitive therapy: A restructuring approach*. Grune & Stratton, New York. 岩本隆茂・斉藤巌・奥瀬哲（共訳・編・著）『認知行動療法入門』川島書店. 1990.

Meichenbaum, D. 1977. *Cognitive-behavior modification*. Plenum.

MPI 研究会（編）1969.『新・性格検査法 ── モーズレイ性格検査 ──』誠信書房.

Neisser, U. 1980. Toward a realistic cognitive psychology. APA master lecture series on "Cognitive Psychology" Montreal. (岩本隆茂訳「現実的な認知心理学へ向けて」北海道大学文学部紀要，1990. **38-2**，122-178.)

ニューズ・ウィーク（日本語版）1986.「手軽な心理療法」が患者に大受け　6月12日号，58-60.

ニューズ・ウィーク（日本語版）1988. アメリカの精神分析に冬の時代　7月7日号，46-49.

日本行動療法学会(編)1995. 日本行動療法学会第21回大会発表論文集　27-35. 関西行動療法研究会.

奥瀬哲　1990. 一般臨床における認知行動療法の位置づけ　岩本隆茂・斉藤巌・奥瀬哲（共，訳・編・著）『認知行動療法入門』川島書店.

Rymer, R. 1993. *Genie: An abused child's flight from silence.* Melanie Jackson Agency. 片山陽子訳『隔絶された少女の記録』晶文社，1995.

斎藤巌　1990. 認知行動療法とその臨床的応用の試み　岩本隆茂・斉藤巌・奥瀬哲（共訳・編・著）『認知行動療法入門』川島書店.

坂野雄二　1992. 認知行動療法の発展と今後の課題　ヒューマンサイエンスリサーチ，1，87-107.

坂野雄二　1995.『認知行動療法』日本評論社.

坂野雄二　1995. 認知行動療法は行動療法か　日本行動療法学会第21回大会発表論文集，33.

シング，J.A.L.（中野善達・清水知子訳）1977.『狼に育てられた子』福村出版.（Singh, J.A.L., & Zingg, R.M. 1942. *Wolf-children and feral man.* Harper & Bros.)

Skinner, B.F., & Lindsley, O.R. 1954. Studies in behavior therapy, status reports II, & III. Office of Naval Research Contract No.5. ori-7662. (In J. Wolpe. *Practice of behavior therapy*. Pergamon Press, 1969)

杉山雅彦　1995. 認知行動療法は拡張した行動療法か？　日本行動療法学会第21回大会発表論文集，31.

高石昇　1995．心理療法統合と行動療法　日本行動療法学会第21回大会発表論文集（会長講演），37-47.

高澤加代子・田村嘉子・岩本隆茂・斎藤康子・斎藤巌　1994．本邦における認知・認知行動療法の動向　日本行動療法学会第20回大会発表論文集，140-141.

高山巌　1995．認知行動療法は行動療法か　日本行動療法学会第21回大会発表論文集，35.

種村季弘　1983.『謎のカスパール・ハウザー』河出書房新社.

谷晋二　1995．認知行動療法は行動療法か ── 日本の行動療法は行動療法か ──　日本行動療法学会第21回大会発表論文集，30.

上地安昭　1980.『時間制限心理療法』誠信書房.

上地安昭　1984.『時間制限心理療法の理論と実際』金剛出版.

内山喜久雄　1988.『サイコセラピー：2　行動療法』日本文化科学社.

内山喜久雄　1995．認知行動療法は行動療法か　日本行動療法学会第21回大会発表論文集，29.

Watson, J.B., & Rayner, R.A. 1920. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, **3**, 1-14.

Wolpe, J. 1958. *Psychotherapy as a reciprocal inhibition.* Stanford Univ. Press.（金久卓也監訳『逆制止による心理療法』誠信書房，1977.）

Wolpe, J. 1969. *Practice of behavior therapy*. Pergamon Press.

山口正二・坂野雄二　1980．認知行動療法に関する最近の研究　千葉大学教育学部研究紀要，**30**，15-21.