

行動療法：その技法以外の諸問題

武 田 健

1. はじめに

科学性と客観的測定を重んずる行動療法においては、伝統的な心理療法で重視される共感、治療者のパーソナリティと態度、支持、ラポート(バイステック, 1965; Bramner and Shostrom, 1965; Wolberg, 1967)といった要素は客観的に掴まえることのできない操作的に定義しにくいもの、つまり non-specific factors として処理され、これまでほとんど日の目をみることがなかった。しかし、行動変容を社会的学習という広い立場からみると、治療者と被治療者の間の人間関係を客観化と操作的定義づけが難しいからといって無視することはできない (Wilson, Hannson and Evans, 1968)。筆者は行動療法の重要な技法の1つである系統的脱感作法を考案した Joseph Wolpe 教授のもとで臨床訓練をうけ、また彼の面接を観察する機会 (武田, 1975) をえたが、彼の被治療者に対するおだやかな接し方と暖さというものは、ただ単にゆっくりした語調、低い音量、笑顔といった観察可能な言語あるいは非言語行動として説明するには、余りにも重要な治療的要素を持つと思わざるをえなかった。こうした non-specific factors が介入の独立変数と同じくらい治療に重要であることは Wilson と Evans (1976) によっても論じられている。したがって、今後こうした non-specific な治療的要素と治療関係を正統的な行動療法と統合してゆくことが極めて重要なことと思われる。そのためには治療関係をできるだけ客観的に操作的に定義づける工夫が必要であり、そうすることによって、はじめて「関係」を治療という目標のために具体的かつ積極的に用いることができるようになる

行動療法：その技法以外の諸問題

る。

たしかに行動療法の多くの技法は、治療者の行動として記述することが可能である。例えば、系統的脱感作法のように、細部に渡って具体的にステップ・バイ・ステップに治療技法が確立されている方法では、各被治療者固有の不安のハイアラキーの形成とその提示ということを除けば、全ての人に対して等しい介入をおこなっており、精神分析のように治療者が極めて長期間の訓練を受けることなく、比較的短期間の訓練で治療をおこなうことが可能であり、不安の数量化の容易さと相まって、ぼう大な数の調査が実施されている。

一方、心理療法（カウンセリングおよびケースワークを含む）的接近では、治療的な働きかけは、治療者のpersonal skillsというかその人のあり方と結びついており、どこまでが技法であるかを区別することが難しい。もちろん先にあげたWolpeの系統的脱感作法でも、同じような問題はあろうが、心理療法的アプローチほど人間と技法が混じり合っていない。系統的脱感作法の場合には、筋肉の弛緩、不安階層にもとづき不安を感じずようなイメージを思い浮かべさせるという組合せを上手にすることが最も重視される。この場合、治療者はそれほど重要な要素として前面には登場しない。したがって心理療法におけるような治療関係は不必要であり、テープレコーダーによっても治療をおこなえと主張するグループもあるくらいである（Lang, Melamed and Hart, 1970）。

もちろん脱感作法以外の方法では、治療者がもっとパーソナルな関与をしなくてはならぬ場合が少なくない。特に治療者の言語的な質と量、テンポ、表情などが被治療者に重要な影響を与えることは当然であるし、筆者の考えでは、程度の差こそあれ同じことが系統的脱感作法にもあてはまる。

したがって、まず行動療法における対人接触の側面をとりあげて考察してみたい。

2. 行動療法における対人接触

治療者そのものよりも治療手続きがまず前面に押し出される行動療法を提唱

したと考えられるEysenck (1965)が、神経症患者の苦しみや問題を理解する能力の必要性を説いていることは意外でもあり、また注目すべきであるし、KanferとPhillips (1966)も「ただ単なるアカデミックな知識以上の人間行動に対するセンシティブティーが必要である」と述べている。

一方、来談者中心療法の枠組みから出発したTruax (1966)は、治療をすすめるためには(1)治療者がもっと心を開き卒直である (being open), (2)もっと自然である (being natural), (3)クライアントにパーソナルに関与するといった3つの条件が必要であると報告しているが、こうした尺度は、来談者中心療法のみならずあらゆる援助方法に共通の要素であるようである。ちなみにTruaxの研究では、行動療法の治療者は他の学派の治療者よりも被治療者から沢山の情報をひき出し、具体的なアドバイスを与え、自分の価値判断を伝えており、被治療者は治療者を権威者とみなしているということである。

Staplesら (1975) が調査にもとずき論じているように、行動療法は心理療法と共通の要素をもちながらも、治療の形態としては異ったものとも考えられる。ただ、行動療法をおこなう治療者のスタイルというものが、どの程度行動療法の訓練の結果であるか、なかんずく何処で誰にその訓練をうけたかということが重要な問題であり疑問として残るであろう。

行動療法の特徴は、被治療者の要求を聞くのみでなく、それを直接治療目標のなかに組込むために、治療者と被治療者が話し合い、具体的な治療目標を設定していることであろう。もちろんケースワークやカウンセリングを含む心理療法においても、ある程度こういったことは試みられているが、多くの場合目標は治療者の頭の中にあるもので、必ずしも具体的な形で被治療者には伝えられない。こうした点でもBordin (1969) のいう治療者の不明瞭性は心理療法では高く行動療法では低いと言えるであろう。例えば、学校恐怖症児の場合、行動療法でとりあげる治療目標は、分離不安といったものではなく、どのくらい学校に近づけるかという実際の距離である。また夫婦間の不和は両者に communication skills を教えることで、抑うつ傾向の強い人には断行訓練や、

行動療法：その技法以外の諸問題

読書、散歩、外出を励すことでそれから脱することができると思う。もちろんこうした種類の治療方法は、必ずしも学習理論そのものから生れてきたものではなく、治療目標の設定は被治療者の要求をそのまま取り入れるのでもない。また、治療者としての倫理と価値観、それに社会の代表者として責任を持っていることが大切であるし、現実的で達成可能な目標の設定が必要である。例えば、これまでの完全禁酒つまり断酒を目ざすAA式のアプローチに対して、適量の飲酒を目ざす方が容易に目標に到達できる人も少なくないであろう。多くの治療において、被治療者にとっては達成が不可能に近い高い目標がかかげられており、そのため治療が挫折してしまうことも少なくない。

行動療法においては、被治療者が今おこなっている行動に代る行動なり生活の仕方を試みてもらうように準備し、練習し、その結果を評価する。この過程のなかで、治療者は自らの持つバイアスを認めそれを正直に受け入れることが必要であろう。行動療法においては、心理療法に比べてはるかに多くの情報を提供し、指示を与えているので、治療者のバイアスがまぎれこむ可能性をたえず警戒しなくてはならない。治療者の行動は過去の学習の結果であり、この点は被治療者と少しも変わらない。また、客観的に観察し測定できる具体性を強調する余り、観察できないものを無視し非常に狭く被治療者の問題をみすぎているかきに注意しなくてはならない。そのためには行動分析がより広い多角的な総合診断という形をとるべきであろう。

観察の場合もただ単に表面的な行動のみでなく、被治療者の感情をとらえ、言葉と言葉の間、行動と行動の間に何が起っているかを理解しなくてはならない。また行動療法においても、観察と並んで面接が情報をうるための重要な方法であり、そのためにも治療者は被治療者の信頼をかちとらなくてはならない。

3. 治療関係と行動変容

心理療法（カウンセリングおよびケースワークを含む）においては、治療関係を形成する要素として、被治療者の個別化、目的をもった感情表現、治療者

の統御された情緒的関与、受容、非審的態度、被治療者の自己決定、秘密の保持（バーステック、1965）などがあげられている。そして治療関係が援助の基礎であり、特に来談者中心療法においては、その主たる援助方法とさえ言っても過言ではない。ところが、行動療法の文献のなかには、こうした要素は具体性がなく観察が難しいためか、治療の前提条件としてもほとんど登場してこない。

しかし、現実には治療者と被治療者との対人接触行動は、行動療法においても大切な問題である（Goldstein, 1975）。しかし、両当事者の関係は決して一定不変のものではなく、時間の経過とともに変化するものではあるが、それでいて日常生活の一般対人接触行動とは明確に異なる専門性を有するものである。こうした相違のために、治療関係のなかで起ったものを一般の日常生活へ般化させることが困難であると言われるが、このことは決して治療関係のなかで変化が起ることを否定するものではない。

行動療法では、望ましい行動も望ましくない行動も同じ学習理論にしたがって学ばれたと考える。したがって、その行動が良いか悪いかは社会の規範によって決められるものであり、条件づけの過程は行動の善悪にかかわらず全く同じであるという立場をとっている。ここに問題行動なり不適応行動を病的とか異常と見ずに、或る一つの行動としてとらえる理論的根拠があるといえよう。だが、こうした態度は、被治療者を行動療法の治療者も心理療法の治療者もいづれにしろ無条件に積極的な尊重（ロジャース、1957）をしてくれるという気持ちにするであろう。こうした人間関係におかれるときに、被治療者の自分に対する尊重はたかまり、安心し、安定感を経験することができる。しかし、否定的な言葉は被治療者の不適応行動を増す（Rogers, 1965; Bierman, 1970）。

被治療者の自己概念が変れば、周囲の人の彼（女）に対する態度や言葉も変わってくる。被治療者に対する治療者の言語によるコミュニケーションは、被治療者の考えを訂正し、新しい思考なり発想の形態を作りあげるものとなる

行動療法：その技法以外の諸問題

relabelingをやってくれる。

DollardとMiller (1950)あるいはShoben (1949)は、30年も前に被治療者ものが静かで受容的な治療者に自分の不安なり不安を起す事象について話すことは、脱感作としての効果があることを指摘している。しかし、こうした学習理論の伝統的な臨床方法への適用は、その後もっとラディカルな行動療法家によって批判され、無視されてきた。しかし、心理療法の脱感作的効果は、再び新しい観点から見なおされるべきであろう。Martin (1971)が言うように、良い治療関係とは、(1)強い社会的強化子を持ち、(2)被治療者が自分の問題を話そうとする時すぐに支持が与えられるものでであろう。このときに、治療者は被治療者の不安に対して拮抗条件づけをおこなうことが可能になるのである。

しかし、治療者の治療的効果は、拮抗条件づけのみではない。断行訓練や対人関係の技術 (social skills) の訓練のときのようにモデリングの対象となることが重要な役目であり、それが変化を起す力となっている。また、面接をはじめいろいろな場面での接触を通し、被治療者に行動のモデルを提供している。観察者である被治療者がモデルである治療者をどれくらい模倣するかは、治療者が被治療者にとってどのくらい吸引力なり魅力があるかと密接に結び合っている (Rose, 1970)。治療中に、被治療者が治療者の真似をするのは必然的なものであり、避けえないものであり、昔から同一化、転移、その他多くの言葉で説明されてきた。したがって、治療者はただ治療技法に優れているのみならず、言語、行動、マナーなど多くの点でモデルであることが期待される。Mahoney (1974)は治療者を問題解決とcoping skillsを教えるだけでなく、モデルとしてとらえ、その役割をbehavioral, affective, cognitive reactionsの3つが治療に重要な要素となると主張している。

彼をはじめ、認知的な立場をとる治療者たちは、治療者が思考の内容を声に出して言うことの重要性を指摘している。Meichenbaum (1971)は、治療者が声を出して思考や感情を言った方が言わないよりも、被治療者に対するモデリング効果が大きいことを報告している。

こうした一連の報告と主張を考えると、治療者自身がどのくらい適応していかなくてはならないのか、自分自身の問題解決能力がどのくらい必要なのかということとは別に、治療者が自らのパーソナルな世界を被治療者に例として示す危険性が問題になってくる恐れがあり、今後限定された範囲内でのモデリングをいかにしておこなうかが考えられなくてはならない。

4. Expectancy (治療に対する期待度)

行動療法は、行動の変容を観察可能で具体的かつ実証可能な方法でおこなうということをやたい文句にしているが、新しい技法の開発に調査が追いついてゆけないのが現状であり、特に被治療者が治療に対してどんな効果を期待しているか、つまりexpectancyについては未開拓のところが多い。Klein, Dittman, ParloffおよびGill(1969)はexpectancyが治療効果の上で重要な役割を演ずることを指摘し、UllmanとKrasner(1969)はexpectancyを「ある状況のもとで強化されるであろう役割遂行についての言語的説明」と定義づけ、これによるとexpectancyはある役割に相応しい行動の出現をさしている。Mahoney(1974)は、これを「治療者は複雑なmediational processを通して、被治療者の注意を特定のものに向けさせ、結果を予想させる」と定義づけている。

社会的学習なかんづく治療の上でexpectancyの占める位置は重要であり、被治療者が治療に来るかどうかは、治療効果について現実的な期待をもつことにより「治療にゆかなくてはならない」という気持ちを抱くとか、治療では少し嫌な経験をしなくてはならないが、その結果として治療、進歩、向上、変化がおこるであろうという希望を抱かせ、現在の状態と将来の変化を結びつける役割をはたす。こうして生れる治療に対する希望ないし期待は、挫折感や孤立無援の状態におかれたという否定的な感情を押えることができる。こうした結果をうるために、治療者は被治療者の苦しみの理由を他の言葉におきかえたり、問題行動の行動理論的説明により、問題を病気としてでなく学習の結果として

行動療法：その技法以外の諸問題

説明するので、被治療者に「もう一度学びなおせばよいではないか」という希望を持たせ、不安の減少に役立てるのである。

被治療者が治療者の門をたたく時、治療の効果はもちろんであるが、治療の過程についてもexpectancyをもっている。したがって、被治療者が予想していたものと治療の方法が余りにも違いすぎると、被治療者は失望したり不満を感じ、途中で治療に来なくなることも少なくない。

Rosen (1972) は被治療者が治療を続けるかどうかにはstimulus-response congruenceとcontent relevanceの2つが重大な影響を与えると主張している。前者は、治療者が被治療者に、彼(女)の語っていることが理解できたということをもどくくらい伝達しているかであり、後者は、治療者の反応と語る内容を被治療者がどのくらい自分の問題の解決ないし治療に役立つと感じとるかということである。

もっと知覚的なレベルでは、GoldfriedとDavison (1976) は、被治療者が治療に対する現実的で正確なexpectancyを持つように説明し指導してゆくことを重視し、Fish (1973) は被治療者の関心、態度、期待に応じて、最もその人に相応しいアプローチを選ぶべきだと述べている。

行動療法の技法のなかで、expectancyがどのように影響を与えるかという点で最も研究されているのが系統的脱感作法であろう。その結果をみると、この治療方法は被治療者にexpectancyを作り出すことが明白である。ただ、不安の軽減に具体的な面でどんな具合に役立っているかについては意見が対立している。

臨床目的のためにexpectancyを利用する場合には、その目的と対象により細分化したアプローチが必要であろう。Borkovec (1973) の研究では、系統的脱感作法の治療効果が高いことについて説明をうけた被験者と逆に反対の内容を教えられた被験者を比べると、前者が後者よりも心拍がゆっくりしていることが明らかになった。もちろんこうした実験は、またexpectancyを実験的に操作するという可能性を示したという程度の段階であるが、将来の研究にとって重

要な指針となるものであろう。Rosen (1974) も expectancy は被験者をリラックスさせ、不安や不快といった嫌悪刺激を減らすと報告している。

しかし、expectancy を作り出すために治療者はデリケートなバランスを保つことが必要であり、positive expectancy を作りあげると、治療効果がすぐに現れないときに被治療者は失望したり不満を抱きがちである。したがって、治療者は被治療者に行動療法といえどもその治療効果は序々に現われるものであり、またそれが一番望ましいものであると伝えることが必要であらう。Brickman と Hendricks (1975) は、治療効果をすぐに期待する人よりも、序々に起ると考えている被治療者の方が、少しの失敗でくじけることなく課題遂行をおこなうことができたと報告している。

被治療者に positive であるが現実的な expectancy を持たすためには、ただ「よくなりますよ」と言うのではなく、予想される問題や失敗を卒直に語り合うことが大切で、これによりそうした予想された困難が起こっても比較的うまく乗りきれの可能性がある。しかし、positive expectancy のみで治療過程を通じて被治療者の治療に対する動機づけを保つことは難しい。したがって、治療に対するほかの強化が必要なことは言うまでもない。

5. 治療者側の働きかけ

よい治療関係は被治療者の行動の変化を促進させ、その結果被治療者は環境への適応、周囲の人との人間関係をよくすると考えられる。行動療法においては、被治療者に各種の技法に応じて、リラクゼーション、イメージを想い浮かべる、子供の指しゃぶりの回数を観察し記入する、自分の体重を測る、子供と行動に関する契約を結ぶためにおだやかに語り合うなど多くのことをしてもらわなくてはならない。このためには、まず被治療者の同意を獲得することが先決問題であり、被治療者にとっての治療と治療者の魅力と重みが重要な鍵となる。

Goldstein (1971) は実験室の中で被治療者に対する治療者の魅力を増すのに structuring, imitation, conformity pressure という 3 つの方法を用いた。

行動療法：その技法以外の諸問題

Direct structuringとは、被治療者が治療者に魅力を感じるように、実験者が「貴方はきっと治療者の○○先生を好きになりますよ」とか、治療者の良い点について話したり、治療者との面接でこんなことが起るといった説明をおこなうことをさしている。これによって被治療者の治療者に対する期待と好意を作り上げているのである。被治療者が治療者に対してどう考えるかが、治療者からどのくらい魅力を感じずるかに影響を与えるのは当然のことであり、「好きになりますよ」といった軽い方向づけから、治療者の性格やその他の特徴を教えることまでさまざまなレベルがある。

Similarity structuringとは、われわれが初めて誰かに出会った時、その相手と背景、価値観、物の見方などに共通点や類似点が多いほど二者間の吸引力は大きくなることから派生してきたもので、被治療者の治療者に対する気持ちにもプラスの影響を与えることができる。Role expectancy structuringとは、面接中に治療者と被治療者がそれぞれどんなことをするかを前もって伝えておくことにより、面接について予想することを容易にするとともに、その予想したことが実際に起ることにより治療者に対する好感を高めることをさしている。

Imitationにはいくつかの形があるが、治療者が被治療者の役を演ずるモデリングを通して、被治療者が治療者に親しみを感じたり、信頼を増すことが指摘されているし、治療者に会う前に彼(女)のモデリング用の録音テープやビデオを見せる方法も有効的である(Goldstein, 1971)。また、二者間に相互的な positive な感情があるとき変化がおりやすいことは対人認知の研究で古くから指摘されているところであり(武田, 1963, 1964)、面接者や相手の良い点を指摘することが相互的に positive な関係を作りあげることに役立つこともよく知られているところである。また治療者が被治療者の感情を繰返すことも一種の模倣であり、それによって被治療者は自分の気持ちが理解してもらえた、治療者が自分の気持ちをわかってくれるという気持ちになり、こうした時に治療的同盟(therapeutic alliance)が可能になる。

対人接触にまつわる問題の多い人は、治療者に対するアンビバレンツな感情

が強く、疑い深いために、structuringやimitationだけでは治療者に対する信頼感をもつにいたらないので、もっと強力な方法が必要であり、被治療者を集団内におき全員が一致して治療者の良い点を語ることにより conformity pressure をかけるような手段にたよらなくてはならぬ場合もある。

治療者の expertness が大きいと被治療者の尊敬は高まるのは当然である (Haley, 1963)。こうしたことは、治療者が被治療者を他の治療者に紹介する時、彼(女)がどんなに優秀であるかをつけ加えることが、次の治療の効果にプラスとなっていることから容易に理解できる。また、面接においても、治療者が机の前の大きな椅子に、被治療者は小さな椅子に坐るとか、精神分析では患者は長椅子にねかせられ治療者から観察されるが、患者は分析家を見ることが出来ない。そして、面接は初回から分析家によって何時、どのくらいの時間、どんな具合におこなわれるか治療者のスケジュールとしきりによって決められ、患者はほとんど口をささむ余地はない。こうしたことは有形無形に治療者の地位と力を高めている。

被治療者に対する治療者の共感が治療関係をきづき、それが被治療者の変容を生むことはあらゆるタイプの心理療法について言われてきたことである。共感とは、被治療者の喜び苦しみ悲しみ痛みを耳にした時、それによって治療者が心を動かされたり相手の立場に立ってそうした事態を見るようになることと定義される (Truax and Carkhuff, 1967)。こうした治療者の反応が被治療者に伝わる時、被治療者の治療者に対する positive な感情は増大する。また治療者の方でも被治療者に対する暖かさ、尊敬、好感が増大する。

この暖かさは、治療関係を導いてゆく場合に非常に大切な要素であり、それなしではかりに治療方法が正しく実施されようとも、良い結果を生むことは難しい (Goldstein, 1975)。人間の感情というものは相互的なものであり、暖かさに対しては暖かさ、敵意に対しては敵意で反応しない人間はめずらしい (Truax and Carkhuff, 1967)。Goldstein (1971) は、AのBに対する好意が structuring とか status enhancement などの方法によって増せば、BのAに対する好意も次第

行動療法：その技法以外の諸問題

に増してくることを指摘している。

Goldstein (1975) はそのほか、実験研究にもとずき、治療者と被治療者がそれぞれに期待する役割が一致している、両者ともに治療の結果がよくなると信じている、両者とも同じような社会的・文化的・人種的・経済的背景をもって、両者とも同じような言葉を使う、相互補足的か両立的であることが治療上望ましいと報告している。また彼の指導のもとで、相手から自分について positive なことを言われた人はその相手に近づいて坐るとか、模倣の手続きを使って被治療者を治療者に近づけることに成功したなど一連の proxemics の研究がなされており、わが国においても池田 (1972) 白石 (1972) 児玉 (1972) らによっても同じ結果が報告されている。Staats (1972) は ARD Model を使って、Goldstein とほぼ同じような結果を得ている。Ryan と Gizynski (1971) は行動療法の効果と被治療者の治療者に対する positive な感情が高いことを報告した。

特に Staats は、治療者が上手に社会的強化子を使うことが行動変化の鍵であるとし、このことは日常生活における親や教師がそれによって効果をあげているのと類似するとしている。大人の治療の場合には、子供に対する場合のようにはまだ明確にどんな強化子をどんな具合に与えるかが十分研究されていないし、特に臨床の場ではその研究は少い。Truax (1966) は、治療者の共感、暖かさ、純粋さが被治療者の positive な自己概念への弁別強化であると説明している。たしかに Bandura (1974) や Mahoney (1964) が報告するように、実験者が「よし」「よく出来た」と言うことが実験者の被験者への態度として受けとられ、それが実験者への好意につながり、被験者は実験者の望むところをするようになる。これは実質的には一種の social contingency と言えるであろう。

しかし、影響を与えると考えるのは治療者のみでなく、同じような方法で被治療者が治療者に影響を与えることができるし、特に喜ばすことが可能で、それが大切だと思うようになると、被治療者は記録をごまかして治療者が喜ぶように報告したりするので充分注意しなくてはならない。こうした場合、被治療

者が治療者に認め受け入れてもらうという強化子のみにとよらなくてもよいように、他の強化子を提供したり見つけることができるように配慮すべきであろう。

6. まとめ

他の心理療法とことなり、行動療法は被治療者の問題に対して極めて具体的な直接的治療法を強調する。しかも、こうした治療技法はパーソナリティーも背景もちがう治療者が各種の被治療者に対して用いても、同じような効果があるとの報告されている (Leitenberg, 1976; O'Leary and Wilson, 1975)。また面接という治療場面以外の場所で被治療者自身が自らに使うセルフ・コントロールという形でも効果的である。しかし、こうした場合、被治療者が自分で実践するための手助けとして、本を読んだり、テープレコーダーを使ったりするために、このアプローチは権威的非人間的と考えられがちである。

だが実際のプロセスを見ると、行動アプローチも、他の心理療法と同じく、治療者のパーソナルな関与を必要とするし、被治療者との接触において治療者は十分な感受性を持つだけでなく、接し方に熟達しているとともに、その接触が臨床的にどんな意味をもっているのかを知らなくてはならない。Stoney Brookの児童のための心理相談所における調査では、被治療者である子供の親は、行動療法の治療者を理解があり、暖かく、熱心で、子供のことに関心をもっていると評価している (O'Leary, Turkewitz and Taffel, 1973)。ただ治療者の態度は被治療者の示す行動、例えば学校にゆけない子供が学校に近づくようになった、肥満に悩む人が食事の量を何カロリー減し体重を何キロ少くしたといった具合に、客観的に観察し勘定し測定することが難しい。このため治療者自身に関する調査は治療技法とその効果に比してはるかに少ない。

従来治療者の共感と暖かさといったものは、抽象的な概念かせいぜい態度という漠然とした形でしかとりあげられなかった。しかし、今後は具体的に治療者が相手の語ったことを被治療者に繰返す、相手の立場だったらどんな気持ち

行動療法：その技法以外の諸問題

だろうとそれを推測して言葉に出して言う、相手の語ること、やっていること、感じていることに言葉だけでなく、その声の調子や大きさ、表情や動作といった非言語的な手段で関心を示すといったことの分析がなされなくてはならない。また面接中言語としてはあらわれない治療者の思考の分析も大切であろう。暖かさというのも具体的に定義するのが難しい要因である。他者に対する思いやり、他者を押えついたり、自分のために利用しないと説明しても、なお具体性に欠けるきらいがある。暖かさも共感と同様、顔の表情、姿勢、身体的接触、語調といったものであらわれることが多い。このような形での具体性が観察を容易にするにちがいない。こうした観察から治療者の被治療者に対する働きかけを分析すれば、従来「治療関係」と呼ばれたものも、社会的強化という枠組みから見なおすことが可能になる。

行動療法が具体的客観的な側面を重視するあまり、冷く権威的で操作的であるという印象を与えていることは誠に残念なことである。Behavior modificationのみでなく、behavior engineeringとかbehavior programmerといった言葉が余計にそうした誤解を招くのであろう。技法は大切であるが、それを使う人を重視しなくては治療とは言えない。本論文にとりあげた治療以外の対人接触と技法を治療方法と統合するとき、最も効果的な行動療法が可能となるのではないだろうか。

参考文献

Bandura, A. "Behavior therapy and the models of man," *American Psychologist*, 1974, 29, 859-869.

バイステック, F. P. 著, 田代不二男・村越芳男訳, ケースワークの原則, 誠信書房, 1965年。

Bierman, R. "Dimensions of interpersonal facilitation in psychotherapy or child development," *Psychological Bulletin*, 1969, 72, 338-352.

Borkovec, T. D. "The role of expectancy and physiological feedback in fear research: A review with special reference to subject characteristics," *Behavior Therapy*, 1973, 4,

491-505.

Brammer, M. B. & Shostrom, E. L. *Therapeutic Psychology*, Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall, 1965.

Brickman, P. & Hendricks, M. "Expectancy for gradual or sudden improvement and reaction to success and failure," *JL of Personality and Social Psychology*, 1975, 32, 893-900.

ボーティン, E. S. 著, 森野礼一・斉藤久美子訳, 心理学的カウンセリング理論と実際, 岩崎学術出版社, 1969年。

ダラード, J. ミラー, N. E. 著, 河合伊六・稲田準子訳, 人格と心理療法, 誠信書房, 1972年。

Eysenck, H.J. *Fact and Fiction in Psychology*, Baltimore: Penguin, 1965.

Fish, J.M. *Placebo Therapy*, San Francisco: Jossey Bass, 1973.

Goldstein, A.P. *Psychotherapeutic Attraction*, New York: Pergamon Press, 1971.

Goldstein, A.P. "Relationship enhancement methods," in Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (eds.) *Helping People Change*, New York: Pergamon Press, 1975.

Goldfried, M. R. & Davison, G. C. *Clinical Behavior Therapy*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.

ヘイリー, J. 著, 高石昇訳, 心理療法の秘訣, 黎明書房, 1973年。

池田笙子, 心理的問題を評価される際の非言語的行動による自己表出について, 関西学院大学社会学研究科修士論文, 1972年。

Kanfer, F. H. & Phillips, J. S. *Learning Foundations of Behavior Therapy*, New York: Wiley, 1970.

Klenin, M. H. , Dittman, A. T., Parloff, M. B., & Gill, M. M. "Behavior Therapy: Observations and Reflection," *JL of Consulting and Clinical Psychology*, 1969, 33, 259-266.

児玉妙子, 被接者の視線と位置の面接者に与える影響, 関西学院大学社会学研究科修士論文, 1972年。

Lang, P., Melamed, B.G., & Hart, J. "A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure," *JL of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 220-234.

Leitenberg, H. *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1976.

Mahoney, M.J. *Cognition and Behavior Modification*, Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.

Martin, D. G. *Introduction to Psychotherapy*, Belmont, Calif.: Brooks & Cole, 1971.

Meichenbaum, D. "Examination of model characteristics in reducing avoidance

行動療項：その技法以外の諸問題

behavior," *JL of Personality and Social Psychology*, 1971, 14, 298-307.

O'leary, K.D., Turkewitz, H., & Taffel, S. J. "Parent and therapist evaluation of behavior therapy in child psychological clinic," *JL of Clinical Psychology*, 1973, 41, 279-283.

O'leary, K.D. & Wilson, G.T. *Behavior Therapy: Application and Outcome*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1975.

Rogers, C. R. "The necessary and sufficient conditons of therapeutic personality change," *JL of Consluting Psychology*, 1957, 21, 95-103. 伊東博訳編, カウンセリングの理論, 1962年, 第6章に収録。

Rose, S. *Treating Children in Group*, San Francisco: Jossey Bass, 1972.

Rosen, A. "The treatment relationship: A conceptualization," *JL of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, 38, 329-337.

Ryan, V.L. & Gizynski, M. N. "Behavior therapy in retrospect: Patients feelings about their therapies," *JL of Consulting and Clinical Psychology*, 1971, 37, 1-9.

白石大介, 面接者のとる姿勢の心理影響力, 関西学院大学社会学研究科修士論文, 1972年。

Shoben, E. J. "Psychotherapy as a problem in learning theory," *Psychological Bulletin*, 1949, 46, 366-392.

Staats, A. W. "Language behavior therapy : A derivative of social behaviorism," *Behavior Therapy*, 1972, 3, 165-192.

Staples, F. R., Sloane, R. B., Whipple, K., Cristol, A. H., & Yorkston, N.T. "Differences between behavior therapists and psychotherapists," *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 1517-1577.

武田達, ソシオメトリック知覚研究の展望, 関西学院大学社会学部紀要第7号, 15-23, 1963年。

武田達, ソシオメトリック知覚と対人感情の関係, 関西学院大学社会学部紀要, 第9・10号, 15-23, 1963年。

Takeda, K. "Sociometric perception and the dyadic relationship," *Kwansei Gakuin Annual Studies*, 1965.,12, 59-72.

武田達, 行動療法の初回面接, 関西学院大学社会学部紀要, 第30号, 25-33, 1975年。

Truax, C. B. "Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy," *JL of Abnormal and Social Psychology*, 1965, 12, 59-72.

Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*, Chicago: Aldine, 1967.

Ullman, L.P. & Krasner, L. *A Psychological Approach to Abnormal Behavior*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1969.

Wilson, G. T. & Evans, I.M. "Adult behavior therapy and the therapist client relationship," in Franks, E. E. & Wilson, G.T. (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy*, New York: Brunner & Mazel Publishers, 1976.

Wilson, G. T., Hannson, A. E., & Evans, I.M. "Behavior therapy and the therapist-patient relationship," *JL of Consulting and Clinical Psychology*, 1968, 32, 103-109.

Wolberg, L.R. *The Technique of Psychotherapy*, 2nd ed. New York: Grune & Stratton, 1967.