
行動療法入門(2)

金沢大学
久野能弘

はじめに

前回の視覚リハビリテーション第35号(92年6月号、P3-13)にひきつづいて行動療法の解説をさせていただく。行動療法は行動を研究、制御の対象とし、より厳密には習慣的行動を制御の対象とするものであること、及び療法という名を用いてはいても、正確には治療法というよりは、適応習慣を形成するための教育訓練法であるというのが前回の解説内容の骨子であった。そして、他の心理学療法のようにWhatとかWhyとかに答えるよりはHowという具体的な解決をクライエントに与えることが、この療法では優先されることを前回は強調した。今回は行動原理にもとづいて表1の習慣形成という次元と条件づけのタイプとの組み合わせからなる、AからHに至る8つの不適応行動に対する行動変容方略の立案、及び処置について出来る限り適用技法、症例を含めて解説することになる。

第35号が入手できない方のために一部、手を加えた形で表1を本号にも再録する。表1は治療、訓練計画の立案のための目安としての不適応習慣の分類を示すものである。習慣形成の程度、及び適切性と条件づけのタイプとの組み合わせによっておよそ、8つの不適応行動の分類が可能である。例えば、行動はレスポンデント行動とオペラント行動と、今ではオペラント行動に入れられているが、回避行動の3つにわけることが出来、よりくわしくは回避行動を積極型と消極型に細分することができる。習慣形成も不充分な場合と過剰な場合、あるいは適切でない場合にわけることができる。それぞれの組み合わせにより

表1 不適応習慣の分類(訓練計画立案の目安)

		習 慣 形 成	
		不 充 分	過 剩 o r 非適切
レスポンデント	恥の欠如 良心の欠如 怒りの欠如	A	赤面 性的不能 アレルゲンのない事態での執拗なアレルギー反応
オペラント	ことばの遅れ 構音の未発達 歩行の未完成 昼間の遺尿症	B	虚言 浪費癖 タントラム行動 攻撃行動
の タ イ ブ	約束事の不履行 すばら するやすみ	C	強迫的手洗い等 強迫思考 飲酒癖 過食 過飲 ワーク・ホリック
消 極 的 回 避	非行 夜尿症	E	チック 常習的速度違反
		G	神経症的鬱 書座 吃音 乗物恐怖症
			学校恐怖症 職場恐怖症 外出恐怖症 各種心身症
			H 高所恐怖症 対人恐怖症 不潔恐怖症

一応の目安として不適応行動はAからHにいたる8つの分類を表示したところで、前回の論文は終わっている。

今回は紙面の関係や該当するそれぞれの症例の資料の一部を現在、手元に持ち合わせていないこともあって、その総てを自家症例をもって示すわけにはいかない。それゆえ、適宜、自家症例を含めながら、ときには充分な資料を欠いたままで技法の解説に終わることもお含み願いつつ解説を進めさせていただく。

A. レスponsidentな行動が不充分な場合

ここでは、当然怒るべきときに怒りが表せないために生じている不適応行動を取り上げる。成長の過程での過去の経験によって強力な抑制が働いていることもあります、感情の表出がもともと弱い場合も考えられる。恥や良心までをレス

ポンデントと分類することには賛同できない行動療法家もいようが、この際、ご勘弁願いたい。現在では、認知をレスポンデント行動と説明する学習心理学者もいることから、この表は行動変容戦略をたてる上での一応の目安なので、此処に分類したまでのことである。

怒りそのものは元来、情動反射の一形態であり、レスポンデントな反射反応であり、私的出来事であるが、その表出はある種の情報伝達手段としてオペラントにも可能である。そして、それが顕現的に表現されるのは公的な場であることが多い。たとえば、職場で上司から無理難題を吹っ掛けられたとき、それがあまりにも理不尽で、再三のことであれば、怒りが生ずることは自然なことである。ただ、怒りを公的な場で直接爆発させることは社会生活上、不適切なことなので、多くの場合、これを耐え忍ぶ（顕現的な行動としては示さない）という習慣が形成されてしまう。このような傾向は群居動物たる犬においてすらみられる現象である。元来、これは自律神経系の反射反応であり、有意統制は直接的には不可能なはずであるが、数を数えたり、深呼吸をしたりして、オペラントな行動を通じて間接的に制御可能である。

多くの成人の場合、公的な場面では怒り反射は抑制されるのが普通である。ただ、これが極端になると胃に潰瘍を生じたり、他の不適応反応を生じたりする場合がある。そこで、適応行動としては適当に怒りを表出することが必要であり、多くのひとびとは直接の上司ではなく、部下や家族やテレビのドラマ・演劇の悪役に怒りを発することで適応性を辛うじて保つことになる。あるいは、ソーシャルスキルとして、笑いのなかで上司に怒りを小出しにする術などを獲得していくこともある。ところが、クライエントとしてわれわれの前にあらわれるひとびとにはそのようなスキルが形成されていないことが多い。

行動というのは、個人と環境との相互作用であると前回の論文で述べたが、環境、とくに対人環境の制御が不可能な場合には個人、即ち自分の側の方略を変えることが効率的である。そこで、技法としては主張訓練といった主張反応の習得をめざした技法の適用がなされることになる。主張訓練というのはハルの弟子であったサルター（Salter, A. 1949）によって行動療法の萌芽期に開発された技法で、現在ではソーシャルスキル・トレイニングの中核的な手続

きとして発展してきている。主張度のアセスメントの手段（テスト）も開発されてきているので初心者にも取り入れやすい技法である。怒りも不安も情動の一つであるが、サルターラー流にいえば怒りは不安に対する拮抗反応ということになり、レスポンデントな不安を抑制するのにきわめて有効な生理的反応だということになる。

20年近く前に、いじめられっ子の小学4年生の男児に怒り反応の形成をこころみて成果をみたことがある。怒りは不安と同様、情動反応の一つであるが、不安の拮抗反応としての有効性をウォルビもあげており、不安反応の逆制止として怒りは有効である。まず、怒りの頻度表を作成し、これから怒るべきときには怒るべきであるとの教示のもとに、学校、家庭での怒り反応の記録を宿題とした。努力して怒ることはレスポンデントではなく、オペラントな反応なのではあるが、怒り反応が未発達であるか何らかの学習により抑制されている際には、抑制を取り除く手段としてオペラントにでも反応を自発させる必要がある。その子の場合には行動記録表（怒りの頻度表）における怒り頻度の上昇とともにいじめられる頻度も低減し、夏休みを挟んで4ヵ月を経てセラピーを終結した。彼が5年生になって再び夏が近づいた頃の追跡調査では、彼は快適な学校生活をつづけていた。

B. レスponsデントな行動が過剰な場合

ここでは赤面を例にあげる。昔扱った症例を紹介する。わたしが兵庫医大の講師のころのことだからもう22～23年前になる。ある日45歳の主婦が赤面を訴えて、大阪の北浜のクリニックへあらわれた。人をみると、とにかく顔が赤くなり、こんなことが続くとやがて外出することも困難になりそうなので、なんとかしてもらいたいというのが主訴であった。赤面は本来顔面の毛細管の拡張にもとづくレスポンデント反応であり、殆ど意図的な制御が不可能な反射反応である。しかしながら、そのような自律神経系の反射反応は数を数えたり、青い空に白い雲が浮かんでいるような視覚イメージを浮かべること等によって、間接的にではあるが、制御することが不可能ではない。通常、不安誘発刺激に直面したときは神経系の働きとしてはむしろ毛細管の収縮を生じ、まずは蒼白

になることが多い。しかしながら、ホルモン変化を伴う循環器系のはたらきとしては、時間的にやや遅れた形で今度は血流量を高める働きとともに赤面が生じることがある。とくに、最近の認知行動療法では高次神経活動を介在したものとして赤面恐怖症の発症を説明されていることが多い。赤面恐怖症の診断では実際に赤面が生じている場合も含められていることが多いが、実際には赤面が生じていないのに赤面になりはしないかとの恐怖である場合もある。厳密にはそれこそが赤面恐怖症であり、実際に赤面が生じているのであれば医師は赤面恐怖というよりは赤面症と診断すべきであるかもしれない。

そのクライエントの場合、実際にレスポンデントな反応としての赤面が生じていた。その赤面反射は対人場面を条件刺激とした条件性の、すなわち獲得されたレスポンデント反応であり、対人刺激に対するレスポンデント反応の消去手続きが方略として採用された。そのクリニックには自律訓練用のリクライニングシートの他は鏡が一つあつただけなので、自律訓練で不安を下げておいた後、鏡の前にクライエントを誘導して、“赤くなりなさい！赤くなりなさい！”と叫ぶことを繰り返した。そして、自分の顔のはとりぐあいを10段階で点数化してもらい、待機していたところ、教示によってはわれわれは赤面を観察することができなかつた。しかしながら、クライエント自身はしばらくは顔のはとりを訴えたので、はとり段階を得点化してもらった。数値は最初、6点段階を上下していたが、やがて2点段階の横這いをつづけ、2ヵ月の後、通院を停止した。その後、2年の追跡調査によつても赤面は再発していなかつた。

C. オペラント行動の形成が不充分な例

ここでは自閉症にみられる言語の未形成な例をあげる。自閉症児は1万人に4人、2千5百人に1人といった発症率をもつ発達障害児だとされているが、5歳までにスピーチの獲得のない自閉症児の予後はきわめて不良だとの報告が多い。われわれ（久野、1988）があつかったのは4歳0ヵ月の男児で、主訴は極度なことばの遅れと指先を目の前でちらつかせたり、紐を日もすがら振りつづけている奇妙な行動をなんとかして欲しいということであった。出生時の体重は3350グラム、安産で母子とも健康であった。初語は1歳時にみられ、2、

3語だったという。2歳で発語は消失する。両親との3人家族で、隣に父方の祖父母が住んでいる。

行動特徴；極度な同一性保持と特定の環境刺激に対する極度な恐怖。難聴を疑う程の聽覚刺激への無反応。

遊戯室及びセラピストへの馴致を目的とした2週間にわたる観察期間の後、オペラント技法を中心とした行動形成技法を導入。強化子として、チョコベビー、ラムネ菓子、ジュース、缶コーヒーが採用された。

結果；図1に示す。図は週1セッション、6カ月からなる言語行動の生得過程ではある。縦軸は40分あたりの発声、発語頻度を示し、横軸はセッション数が採られている。点線は発声を実線は発語を示している。発声は奇声であれ、泣き声であれ、とにかく喉頭の振動による音の総てを含んでいる。発語は囁語であれ、赤ちゃん言葉であれ、日本語としてききとれる総ての言語を含んでいる。

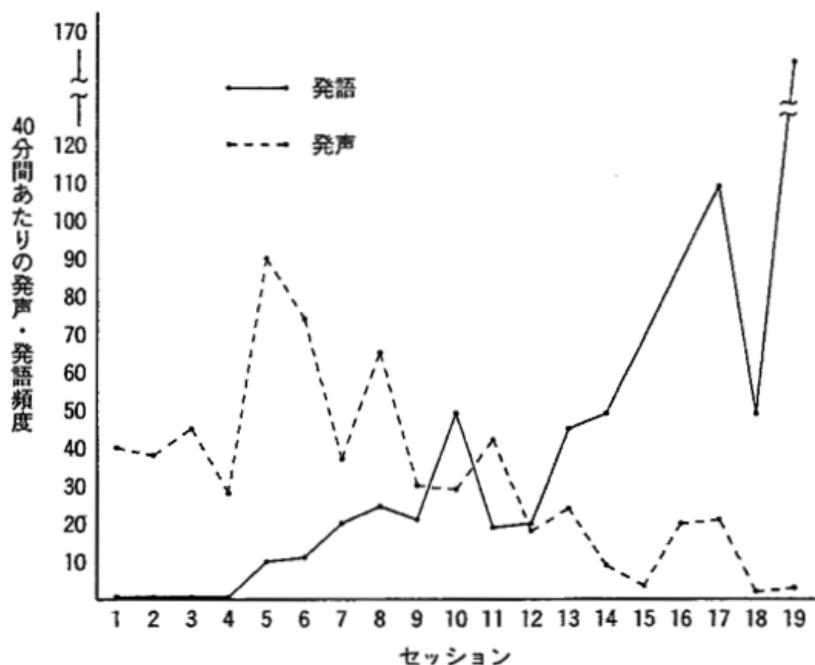


図1 自閉症児の言語行動習得過程

最初の1カ月、すなわち4セッションまでは発声が一次性強化子及び二次性強化子によって強化。ある水準の頻度を保っているが、5セッションで発声反応の消去に入り、以後2、3セッションの間はバーン・エフェクト（消去手続きによる情動操作による一時的な反応の増大効果）がみられた後、漸次発声反応は減少をたどる。5セッション目には欲求阻止状況下に初めてママの発語がみられ、以後、発語のみを強化する手続きを導入した結果、ママという発語の発生頻度は上昇し、並行して行われていたブースでの模倣訓練の成果もあって漸次、語彙数も増加して6カ月を経過した時点では本児の発語数は2語文も含んで63語に達した。1年を経た時点では、自発語数は165語に達し、「ママ、帰りに生協行ってチョコベビー買おうね」等の会話も出現した。2年後、小学校養護学級に入学し、母親も行動変容の基本的な技術を獲得したのでケースを終了した。

D. オペラント行動が過剰もしくは不適切な場合

ここではタントラム行動を例にあげる。手元に症例の資料がないので模擬的症例を示す。デパートの玩具売場に行く度に泣きめいているこどもを想像願いたい。年齢を5歳前後としておこう。行動というのはある個人と環境との相互作用だと前回の論文で述べた。デパートの玩具売場へ行くと、泣きわめいているこどもとそれをなだめすかしている母親に出くわすことが多い。こどもにとって玩具売場という先行刺激のもとでタントラムなオペラント行動が生ずるのは、その結果、玩具が入手できることが多いからである。この際の先行刺激と反応と反応の帰結の関係の分析をわれわれは3項分析と呼ぶ。玩具という先行刺激と泣きわめく行動と、その帰結としての玩具の入手はこどものタントラム行動を強化し、そのような事態ではそのような行動を多出させる習慣をこどもに形成することになる。一方、母親の側から母親の行動を捉えると、子どもが玩具売場で泣きわめいているというのは母親にとっては嫌悪事態である。この嫌悪事態はこどもに玩具を買い与えることによって撤去できる。母親にとっての先行刺激はこどものタントラム行動であり、母親の反応は子どもに玩具を買い与えることであり、反応の帰結はこどものタントラム行動が停止することである。

このような母親の3項分析の結果、子どものタントラム行動は母親の玩具を買ひ与える行動によって強化された過剰な習慣的行動だと説明することができる。

従って、行動変容手続きとしては子どもがデパートの玩具売場で泣きわめいても、玩具を徹底して買ひ与えない戦略がうかぶ。母親からすれば、泣けば常に玩具を買ひ与えているわけではなく、よほどのときしか買ひ与えていないとの主張がある。しかしながら、オペラント行動の維持にはときたま与えられる強化こそ、その習慣の保持を強力にするものであるという部分強化の行動原理による説明がその反論となる。それでも母親の理解が得られないときにはそこにはたらいている原理はパチンコゲームに働くのと同じ原理であり、20回以上の反応に対してただ1回の強化でパチンコ行動が維持されている旨を説明すればより一層の理解が得られるはずである。

E. 積極的回避行動の形成が不充分な場合

するやすみを例にあげる。たまたま2、3日登校せずに家庭もしくは他の場所で時間をつぶし、学校にでかけたところ、担任教師から叱咤を受け、級友の冷やかな目にさらされて後、何となく不登校になる例が多い。これを行動理論から説明すると、登校行動に随伴された罰が登校行動を減少させ、学校を休んで出かけた繁華街などでそうした仲間から歓迎されたり、遊びによって強化されることであるやすみが形成されるのだということになる。後ほど、Hで解説する学校恐怖症とここで説明するするやすみの違いは、学校恐怖症が不安を中心として形成されているのに対してこちらは一般に不安の介在が少ないという特徴をもっている。事実、不安テストにおいても不安得点が低いのが普通である。それ故、その対策はむしろ不安を高める操作にあり、技法としては登校行動に対して、負の強化の手続きが採られることが多い。負の強化の手続きというはある行動をすると嫌悪刺激が撤去される手続きである。通常は負の強化だけでなく、登校行動に対して正の強化も併用されることが多い。

すなわち、登校行動は社会的賞賛とか成績に出席率を加点することにより強化しておき、欠席行動に対しては厳罰でのぞみ、マイナス点を与えるという方略を探る。これは治療というよりはガイダンスであり、スクール・セラピスト

の扱う対象であって、心理臨床家の扱う対象でないことが多い。だからといってその処置が容易であるというわけではなく、心理療法の流れのひとびとが精神病質人格とか性格障害などとラベルを貼っているひとたちにも出現しがちなものです。そのため、不安とのからみは少ないものの、技術的にはかなりの熟練を要するものである。

F. 積極的回避行動が過剰な場合

積極的回避条件づけの過剰によって説明される症状の代表的なものは強迫的行為である。わたしが扱ったのは不潔恐怖をもとに形成された強迫行為で、症例は中学2年生の男児であった。登校拒否ということで請け負ったのだが、トイレに一度入るとトイレット・ペーパーを6本も使うので昼までかかってしまい、結果として学校に行けないのだという。確かに現象としては不登校であるが、診断としては不潔恐怖とされるべきものであり、より詳しくは不潔恐怖にもとづいて形成された強迫神経症とすべきものであろう。不潔恐怖そのものであれば、レスポンデント行動の過剰としても説明がつこうが、強迫行為が強力なのでここではFに分類して紹介する。診断は本来、精神科医がすることであり、われわれ心理家としては、強迫行為の過剰による不適応の例として解説する。

彼はトイレット・ペーパーに決して手で触れることはなく、割箸を幾本か用意しておいてこれでペーパーを引きずり出し、割箸でまるめた紙でお尻を拭くのである。その後は強迫的な手洗い行動がこれに続く。不潔恐怖は母親に対しても激しく、母親の触れた茶碗では食事がとれず、茶碗を熱湯消毒した後、2、3時間かけて拭きまくる。これを止めようとすると茶碗を母親に投げつけたり、母親を足蹴にしたりするので、母親は生傷の絶えない状態で、両親が精神科にあらわれて臨床心理室に処置の依頼があったものである。最初の2カ月は訪問指導に当て、出来れば入院処置は避けたかったのだが、主治医と相談の上、医師の指示によって重症病棟の個室に入院させた。

行動療法にフラッディング技法というのがあり、これは恐怖対象に晒しつづけるという過激な方法であるが、不潔恐怖には極めて有効な方法とされている。

強迫的尻拭きも、それに続く手洗いも不潔恐怖からの逃避行動なので、まずは不潔恐怖への対処が最優先された。御存知の方もあろうが、精神病院の独房というものはトイレ付きというよりはトイレそのものが病室になっているような処で、不潔恐怖の本児にとってはそこに閉じ込められること自体が強烈なフラッディングなのである。心理療法のひとびとの非難を受けるまでもなく決して許されるべき処置ではないが、この処置は2年にわたる症状の継続と、家族の生命にかかわる程の暴力行為の故と、高校進学をひかえた時間的制約の故に家族、医師、ソーシャルワーカー、精神科医等、医療チームと幾日にもわたる討議の末に最終的にとった処置であった。

2日にわたる独房生活の後、興奮がおさまり、不潔恐怖が消失した彼は集団室に移され、母親を通じて医師に部屋の移行、準閉鎖病棟への移行を申し入れる手続きを踏んで、やがて、開放病棟へ、ついで、外泊への処置が採られて病院からの通学が可能になった。完全な退院には3ヵ月を要したが、登校も継続して可能になった本児は、卒業は認められたものの兵庫県の公立高校への受験は認められなかった。そして、大阪府下の私立の高校を受験し、上位の成績で入学した後、3年間、学年1番の成績を保持して有名大学に進学した。退院5年後、両親が来院し、元気で某大学の経済学部に通っている旨、報告があった。

G. 消極的回避条件づけが未形成な場合

消極的回避とは反応をしないこと、あるいはその場に留まることによって嫌悪事態を回避しようとの行動である。夜尿症の場合、従来はレスポンデント条件づけの未形成として説明されてきたが、たとえば、夜尿装置による覚醒の条件づけや驚愕反射に伴う排尿停止の条件づけでは排尿統制獲得後に消去が生じる可能性や実際には排尿統制がその後も継続し続ける事実が説明できない。そこで、筆者は夜尿症をレスポンデントな条件づけの未形成による症状として説明するのを避け、消極的回避条件づけの未形成による症状だととの説明をつづけている（久野、1989）。すなわち、夜尿装置による改善機制を膀胱の緊張閾値を手掛かり刺激とし、排尿の停止を後続するブザーに対する回避反応とした消極的回避条件づけとして捉えるのである。このような説明は、排尿統制獲得後

の再発の少なさや夜尿症を脱したこどもが覚醒なしに朝まで安眠をつづけているという臨床像とも合致するものである。

以上の仮説を実証するために、以下にわれわれが扱った10名の夜尿症児から得られた排尿統制習得の学習曲線を示す（図2）。それぞれのクライエントの排尿統制習得までの日にちが異なる為、資料はハンター法に基づくピーセント値に変換した上で平均値として示す。なお、ピーセント値というのは学習心理学独特の値で例えば10週で習得したこどもの各週の資料と20週で習得した資料とでは20週の方の資料に2倍の重みづけをして算出する統計操作上の処置である。

図2は夜尿装置による夜間睡眠時排尿統制の獲得過程を示すものである。縦軸はドライな夜の値、横軸には週が採られている。○は目覚めることなく朝まで失敗もしなかった数を示し、●は覚醒してトイレへ行った値を示している。□は○と●のそれぞれの合計した値である。Bと記号化されているのは訓練に入る直前1週間のベースラインを示している。この図に明らかなことは覚醒は訓練の初期にやや頻度を増すことはあっても、中期にはむしろ減少し、殆ど学習を示さないということである。これに較べて、○で示した覚醒なしのドライな夜の出現頻度はセッションの進展とともに増大し、かなりスムーズな学

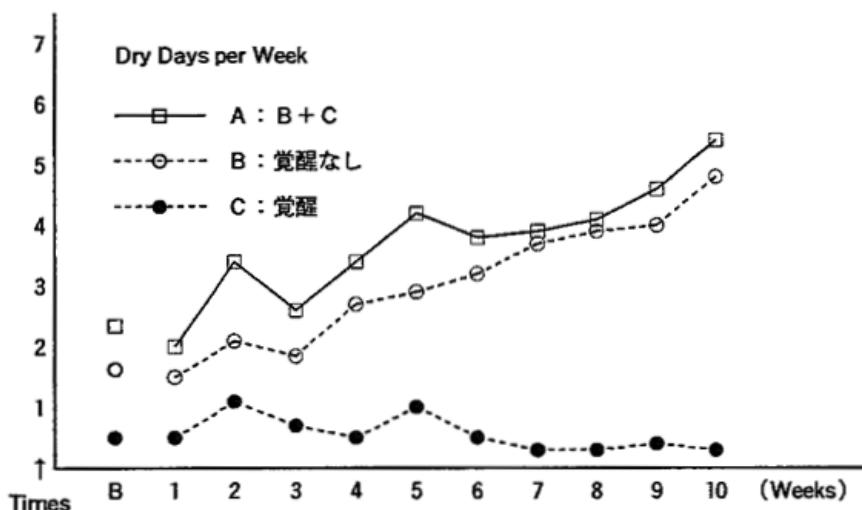


図2 夜尿操置によるドライな夜の獲得過程

習曲線をみせている。

結論として、夜尿装置による改善にはレスポンデントな覚醒の条件づけが確かにセッションの初期には必要であるが、レスポンデントな覚醒にはまもなく順応が生じるため、決定的な改善は排尿停止にしめされるベットウェットの回避条件づけによるものであるとするわれわれの仮説を実証するものだといえる。

次の図3は8歳の男児および7歳の女児のドライな夜の獲得過程を示している。それぞれ縦軸には各週のドライな夜の出現回数が示され、横軸には週の経過が示されている。Bは訓練開始直前の週のベース・ラインが示されている。例えば、8歳の男児は訓練前には週7日夜尿を続けていたのが訓練開始9週目の1日の失敗を最後に5ヶ月に渡る追跡調査でも全く失敗をみせていない。7歳の女児は同じく直前の週では1日しか成功日がなかったにもかかわらず、9

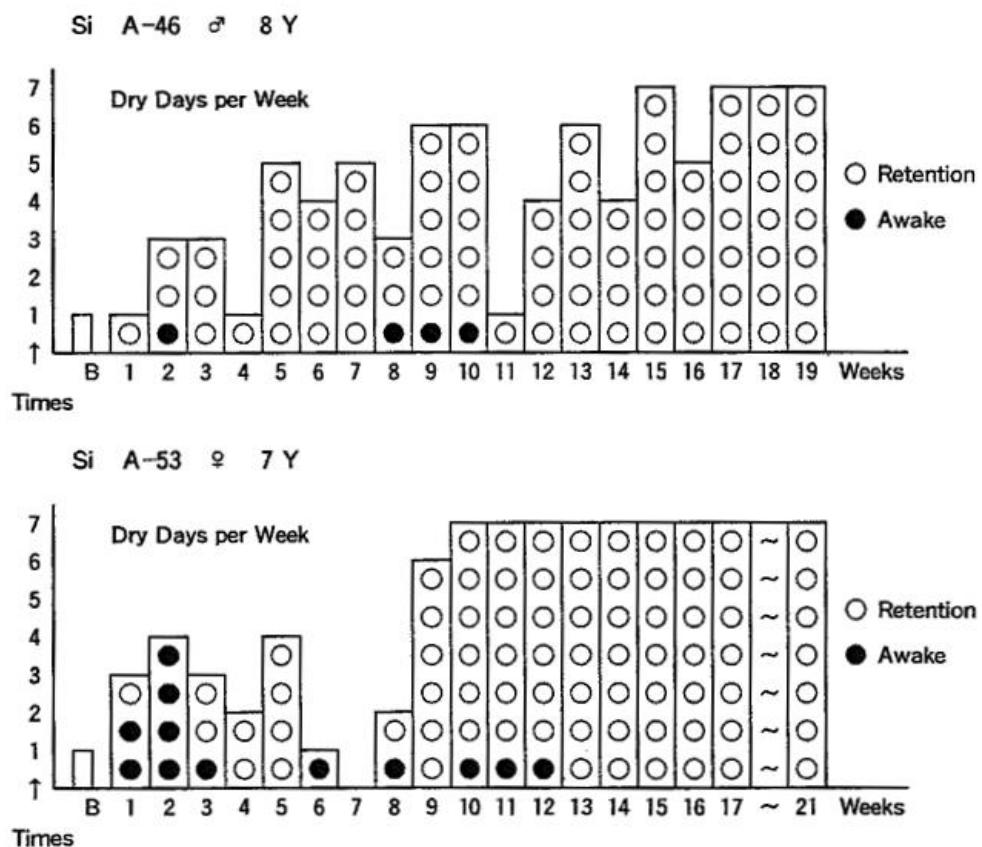


図3 8歳男児及び7歳女児のドライな夜の獲得過程

週目以後は11週間に渡ってウェットな夜を過ごしていない。

2つの症例とも●に示されるごとく、訓練の初期には成功日にも覚醒してトイレに行く行動はみられる。そして、そのような行動が続いている限りは決定的な改善にはいたっていないが、まもなく覚醒しないままの排尿の停止というブザーに対する回避行動が形成されて訓練が完成することになる。初期の段階でみられるごとく、ときとして失敗があってもやがては強固な回避行動が形成され、装置着脱後には例え失敗が生じても、パンツの濡れた状態そのものが強力な罰要因としてはたらくことになる。

H. 消極的回避行動が過剰な場合

最後に消極的回避行動が過剰な場合の例として学校恐怖の症例をあげる。厳密にはこの症例の場合は教授恐怖と言うべきであるかもしれない。

ある大学の理系の学部の男子、8回生の例である。技法としては脱感作技法が用いられた。脱感作技法というのはウォルビによって開発された技法で、自律訓練あるいは弛緩訓練、医師がセラピストの場合は弛緩剤あるいは抗不安剤の投与の後、恐怖と連合された刺激を弱いものから順に呈示していく、その恐怖対象と恐怖の結びつきを断とうとする技法である。脱感作技法は大きくはイメージ脱感作技法と現物脱感作技法とに分けられ、この症例ではその双方を用いた。

入試に際して浪人もしていたので年齢は27歳に達していた。教養で1年、専門で3年留年を続けていて、わたしがあつかった学年で卒業できなければ放校になることになっていた。MASで、不安尺度は37の得点を示していて、先にEのするやすみの例でしめした不登校とは対称をなしている。幾度か彼の下宿を訪れ、自律訓練と弛緩訓練が成立したのち、イメージ脱感作を導入し、これに少しおくれた形で現物脱感作を取り入れた。

次の表2、3はある日の脱感作のやりとりを示している。脱感作のこつは項目を1回のセッションであまり進めないことと、セッションの最後の項目では必ずSUD (Subjective Unit of Disturbance; 主観的障害単位) をゼロか10以下に減少させておくことである。さらに、イメージによる脱感作と現物脱感作

表2 登校場面の不安階層表

項目	SUD
①下宿を出る場面	0
②○○町を通る場面	10
③○○公園を通る場面	40
④○○坂を登っていく場面	50
⑤大学の生協の近く	60
⑥研究室が見えるところ	70
⑦研究室の建物の入口	80
⑧研究室の廊下	90
⑨教授に招き入れられた時	90
⑩教授室のドアをノックする時	100

表3 ある日の脱感作

項目	潜時	SUD
①下宿を出る場面 1回目	3秒	0→0
②○○町を通る場面 1回目	4秒	5→0
2回目	3秒	0→0
③○○公園を通る場面 1回目	4秒	20→10
2回目	3秒	10→5
3回目	4秒	5→0

に弁別が生じないように、イメージでなした脱感作はただちに現物でもなすようになることである。

4カ月におよぶセッションの後、彼は無事卒論を提出し、卒業試験にもパスして、2年を経過した現在はある会社の研究職を兼ねた技術職としてはたらいしている。今年の春、学生時代に交際していた女性と結婚し、夏の休暇には婦人を同伴してわたしのところを訪れてくれた。職場の上司との関係も良好だとう。

おわりに

以上、駆け足で症例及び技法の解説を行ってきたが、紙面の関係、筆者の表現技術の制約から行動療法の総てについて掘り下げて紹介することが出来なかった。行動療法に興味をもたれる方は現代のエスプリの272号と279号あたりから入門され、岩崎学術出版の行動医学の実際（山上敏子編、1989）、川島出版のオペラント行動の基礎と臨床（異常行動研究会編、1985）等に読み進まれるのがよかろう。行動の基礎的な考え方から実践まで、全体を網羅した形の本はミネルバ書房の行動療法—医行動学講義ノート一（久野、1993）である。

直接、視覚障害の症例に触れないままに解説を終わったにも拘らず、貴重な紙面を提供していただいた視覚障害リハビリテーション編集部の先生方に深謝申し上げ、2回にわたる行動療法入門の解説を閉めさせていただく。機会が与えられれば、こんどは視覚障害にかかる症例を積み重ねた上で何時の日か執筆させていただきたい。

参考文献

- 異常行動研究会編 1985 オペラント行動の基礎と臨床. 川島出版.
- 石川元編 1990 家族療法と行動療法. 現代のエスプリ, 272. 至文堂.
- 久野能弘（鈴木清編） 1988 行動変容 心理学—経験と行動の科学. 第5章. ナカニシヤ出版.
- 久野能弘 1987 Enuresis の処遇, その理論と実際, 第10回日本行動療法研修会 ワークショップ講義録.
- 久野能弘 1993 行動療法—医行動学講義ノート一 ミネルバ書房.
- Salter, A. 1949 Conditioned reflex therapy. New York: Farrar, Strauss.
Republished: New York: Capricorn Books, Putnam, 1961, paperback.
- 山上敏子 1990 行動療法—生活を豊かにする技術—現代のエスプリ. 279. 至文堂.
- 山上敏子編 1989 行動医学の実際. 岩崎学術出版.

《インフォメーション1 研究雑誌－1：1993年3月～1993年9月》

障害者職業総合センター研究紀要 No.2 1993年3月刊

低視力時における読みの特性と文字の大きさの好みに関する研究 桐原宏行

重度視覚障害者を対象にしたアクセス機器の講習 丹直利

視覚障害者に対するOA機器操作訓練 石田透・井上裕夫・倉本義則・棚橋清枝

視覚障害者のためのアシスティブ・テクノロジーの利用とニーズ 岡田伸一