

精神分裂病者へのダンス・セラピー的アプローチ

—身体表出に現れた自己認識の変化—

石 黒 國 雄 八 木 ありさ

I. 序

舞踊が持つ、心身を高揚させたり、非言語的な交流をもたらす働きは、古くから宗教的儀式や社会的な場面で活用されて来た。こうした機能に注目し、舞踊を精神科医療や治療教育に役立てて行こうとするのがダンス・セラピー（あるいはダンス・ムーブメント・セラピー。以下DTと略）である。

I. 1 日米のダンス・セラピーの現状

DTは現在アメリカを中心として発展しつつある、心理療法の一手法である。1942年、第二次世界大戦の復員兵への対応策の一つとして、舞踊教育者であったMarian ChaceがSt.エリザベス病院に招かれたところから始まったとされている（Chace 1952, Schmais In Mason 1980: 7-13, Chaklin In Bernstein 1981: 15）。1966年、Chaceを筆頭としたアメリカ・ダンス・セラピー協会（American Dance Therapy Association、以下ADTA）が正式な機構として発足して以来、DT研究及び実践の組織化、セラピスト養成制度の整備が進んできている（Kraus 1981: 296 町田 1990: 211-213）。現在DTには、創始者とされているChaceの流派、ユング的精神分析を中核とする流派など、多岐にわたるアプローチの方法が存在しており、その方法論を一概に規定することはむずかしい⁽¹⁾。

日本において、治療の手法として舞踊を適用する試みは1970年代以降に現れてきている⁽²⁾。一部の医療関係者や、舞踊教育者、研究者間ではDT

に対する関心や情報交換が出始めている。近年、精神科専門病院で、舞踊家・舞踊教育者を招いて実践を試みる例も出てきている（町田 1990: 215）。個人では、認定ダンス・セラピストの資格（DTR）を獲得し帰国した宮原資英（宮原 1989）をはじめとし、現在米国に留学中のもの、本研究者のようにDT研究の一環として協力者や場を得て、実践を試みているものなどがある。

いずれにしろ私的なアプローチの域を出ておらず、組織的な情報交換や、社会的な認知が獲られるよう努力して行く段階である。

I. 2 米国のDTにおける共通理念

本研究者は先に、米国におけるDTの主要な四つの流派について、その理論的背景や方法を文献を通じて検討し（八木 1987）、DTの共通理念を次のようにまとめた。

(1) 個人の捉え方

人間は、心と身体、意識と無意識が相互に影響し合う統一的存在である。また、環境づくり他者や外界の現実と関わる中で欲求を充足し、経験を学習することを通して、人格をかたちづかって行く。

ここで、環境との関わり方を決定するものは、窓口であり、行為するものとしての身体である。経験の窓口は、知覚—認知—行為の回路を通して自己の内外に向かって開かれている。こうした経験の主体への認識はBody ImageあるいはBody Schemataとして表象される。そこで環境との関わり方は、Body ImageやBody Schemataの様相と対応して捉えることができるのである。

さらに、生理学的諸機能を含めた身体活動全般

は、生理的起源を持つとされる、心の自律的、無意識的領域の活動を随伴する。従って、身体活動は目的や対象を持った行為の中で意識的内容を意図的に表現するだけでなく、無意識的側面をも常に表出している。

DTでは、生理的機能と不可分の、最も未分化な精神領域である情動が、環境への働きかけとして身体に表出される過程を、知覚による経験の図式である Body Image と関連させて扱おうとするものである。

(2) 障害の捉え方

現実には即した統一的 Body Image を通しての知覚・認知に不都合が生じ、経験を健全な形で受け入れることができにくい状況では、意識と無意識や心や身体の相互関係、均衡の調整がうまく行かなくなる。このようなとき、内外からの刺激に対する反応としての情動そのものや、その表出としての身体活動を通しての現実との関係が適切さを欠くようになる。このような適応障害は、身体活動の不統一、不均衡、機能障害などという症状となって現れる。

DTの対象は、精神分裂病から一般的な精神衛生管理にまで及び、この中には脳の器質障害や損傷からくる小児麻痺、身体障害も含まれている。ADTAによるDTの定義、「ダンス・ムーブメントの心理療法的適用」という記述⁽³⁾からは、適応障害でも精神作用に原因を持つと考えられる部分を対象の中心としていることが判る。

(3) 舞踊の捉え方

DTでは、舞踊を律動性と表出性という大きく二つの視点で捉えている。これらを、外的刺激として受けるとき、(視覚、聴覚をはじめとする一般の知覚や筋運動感覚による)ダイナミックな知覚形式が創り出す総合的なコンテクストが、蓄積されている情動体験を活性化させる。また、体験された知覚形式は、自己の Body Image にフィードバックされ、自己の身体の現実的認知の強化として働く。

さらに、内発的刺激を表出するという側面からは、まず物理的なエネルギーをとまなう情動の解放が得られる。またダンスムーブメントとして意識化してゆく過程では、情動を自己の身体や環境との関係の中でとらえ、統合すると共に、場、集団が持っている共通の情動において同調し、共感

し合うことが可能になる。

これらの前提となっているものは、対象者とセラピストあるいは対象者同士の中に生じるノンバーバルコミュニケーションである。また、最も基本的には、停滞しがちな障害者の身体機能を、適度な身体活動を通じて活性化して行くという側面がある。

(4) 相違点など

DTは、以上にみるような共通理念を持つ一方、先にも触れたように、要因に対する力点のおきかたや、活用の方法において様々な相違点も見せている。

例えば、人格形成の主要因については欲求一充足を軸としているとする者達と、経験と学習による自我の集中構造形成にあるとする者達などに分かれる。舞踊の特性を活用する局面では、カタルシスの価値を巡って、セラピストが専門とする対象者群の特性や根拠としている病因論の相違によって評価が分かれるところである。

II. 研究目的

本研究者は現在、精神分裂病者を対象としたDTを実践している。DSM IIIでは、分裂型人格障害の一次過程、一次障害として知覚一認知の歪みをあげている。藤縄(1986)はこの過程を、認知のずれ→曖昧さや枝葉末節へのこだわり→自己表現に適した言葉を見つけれない、という図式で解説している。また自己統御の困難は認知領域だけでなく運動領域にも現れ、他者と同調しないと述べている

このような知覚一認知による現実的環境との関係づけ、弁別の困難は、体感異常や離人(内外界の実感の喪失)、幻覚、妄想などの知覚的障害ともいえるような分裂病の症状(西丸 1988)となって現れ、対人場面での孤立(自閉)へとつながってゆくものであると考えられる。

先にみた、自己の身体の現実的認知を強化する、身体表出によるコミュニケーション(共感)が対人認知と自己認知の協調を強化する、というDTの二大支柱は、このような分裂病の症状に対応し得るものであると考えられる。また事例の検討を行った先行研究(八木 1988)では、心身の統合を促進する可能性を持つ身体表出による解放的体

験と、エネルギーの流通、身体認知とが深く関わっていることを考察した。

そこで、DTを通じて分裂病者にアプローチするとき、身体表出に表れるであろう病者の身体認知の図式は、症状の変容にともなって変化すると考えられる。本研究では、身体表出を支える基礎要因は、エネルギーの流通、及び身体認知であると仮定し、これらを指標として観察・評定された患者の運動面での変化が、患者の身体認知を基調とした自己認識の変化と関わっているという仮説を検討する。

III. 研究方法

III. 1 ダンスセラピー・クラスの実施

(1) 施設： 千葉県船橋市、財団法人復光会総武デイケアセンター

(2) 対象

医師により主に精神分裂病と診断された経験をもち、現在は社会復帰への中間施設であるデイケアセンターに通所している患者で、10から50才台の女子である。病歴、医師の処方（投薬など）などについてもかなりの個人差がある。

(3) プログラム

Chace, Espenak, Whitehouse, Schoop といったDT草創期の実践者達がそろってモダンダンスの出身であることや⁽⁴⁾、セラピストに対する舞踊経験の調査から「DTに最も重要な影響を与えているものは明らかにモダンダンスである」とするLevyの指摘（1988：263）から、DTセッションでの具体的活動は、潜在的にモダンダンスの方法と結びついていると考えられる。そこでDTクラスの進行は、本研究者が研修してきたモダンダンスのクラス進行を基礎として（ただし参加者の状態により柔軟に）次のように、週一回、午後の活動時間に90分間行った。

①〈準備 5～10〉 挨拶を交わしながら最近の出来事についての感想、各々の調子の善し悪しなど、雑多な世話ばなしをする。このようなやり取りは、グループの感情状態やそのときに抱えている問題を知っておくためにも、また活動への参加を支持する上でも不可欠である。

更に、このクラスへの参加（見学、途中参加、途中退出も含めて）は、自由意志によって選択で

きることなどを説明して次に移る。

②〈導入 20～30〉 身体各部を系統だてて意識的に動かすようにエクササイズを行うことで身体の意識化を助けながら、単純なパターンのリズムダンスへと発展させて行く。この過程では、参加者各々に見合ったレベルで身体の可動性を高め、心身共に反応の生じやすい状態を作り出すことを心がける。

適度な身体活動によりエネルギーの生産と放出が促進されるときに快適な感情は、心身に解放感と生命感をもたらすものである。加えて、グループが快適なリズムに同調して行く過程では、一体感や共感、受容感といった社会的な感情が芽生える下地が形成されることが考えられる。

③〈発展 30～50〉 ここでは、刺激によって賦活された感情の表出としての参加者の動き（あるいは動かないこと）を拡大し明確化して行く。非常に微弱な質の表出（筋の緊張など）をも共感的に感じ取り、明確なパターンを持った身体運動として発展させようとするものである。

多くの場合、まず音楽刺激（リズム、メロディー、器楽音や発声の持つ感情質）を導入に利用し、そこで拾い上げた動きを次の刺激として提示するという作業が繰り返される。この間セラピストは、参加者の動きとそれが持つ感情質にできるだけ忠実に追随しながらこれらの自然な流れの発展を助け、共感することに集中する。またここで生じている質を、言語イメージを通じて強化したり、発展させたりすることもある。上の三種類の刺激は、段階的に使用することもあり、補完的に往きつ戻りつすることもある。

こうした過程が、参加者自身にとって意味のあるテーマとしてまとまりを持ったとき、刺激や自分自身そして他者の変化を、認知的気づきと対応する機会が提供されたことになる。この時、深層で形成されている不安や抵抗に治療的に介入し得るものであると考えられる。

④〈整理 5～10〉 抑圧されていた感情を露呈した参加者は、そのことによる不安や解放感のために非常に落ち着かない感じを持つことがある。そうした不安定感を取り除く為に、ゆったりとした動き（主に揺れる動き）と雰囲気の中で参加者同士がお互いの共感や受容を確認し合うよう導く。また、経験を言語化することによって、自己

の抱えるテーマを認識する機会が提供される。

(4) 期間：1986年6月から1990年6月

III. 2 観察と評価

(1) 観察項目の決定

North (1972) や Bartenieff (1980)、Bernstein (1975, 1981) 等は身体運動の系統的観察を通じて診断が可能になるとしており、特に Bernstein は8つのDT論を比較し(1981:171-179)、診断的視点における共通点を表1のようだとする。

表1 DTの診断における視点

健 常	← →	障 害
統合された身体		身体的分裂
均衡がとれた身体		不均衡な身体
正常な呼吸		呼吸の異常
自然なエネルギー流運		身体的固着
動質の範囲が多様洗練		運動質の範囲の偏り歪
され協応的運動		曲で非協応的運動
運動全般を認識し役立		運動全般を認識できず
てられる		役立てられない

* Bernstein, 1981 より八木が作表

現在実施中のプログラム構成と Bernstein の基準の双方に対応するよう、主に Espenak の観察項目(1981:70-110)を参考として、図1のような観察票(計30項目)を設定した。なお、「C.自由表現」では評点の他に、使用空間の広がり方や具体的な運動語彙をも記録した。

(2) 評定

各小項目の評定は5段階とし、各項目内容における到達の度合によって評定した。この場合到達度は、各項目で指定する運動あるいは条件を満たす程度とその偏り具合によって—5：大変よく条件を満たしている、4：ほぼ条件を満たしている、3：日常生活に支障はないと思われるが偏りも見られる、2：かなりの偏りが見られる、1：ほとんど条件を満たすことができない—を、判断の指針とした。従って、得点は身体操作の巧緻さを表すものとなっている。

評定は、ほぼ1年に一回、4年間で計五回実施した。一～四回目はプログラム終了後、当日の様子から、五回目はVTRに収録した映像から本研究者が評定した。

(3) 対象

安定して出席している参加者で、第一～五回目、各25名、21名、24名、20名、20名の、のべ34名であった。但し、今回は長期継続における変化を探るため、四回目までの期間を通してほぼ全回出席していた9名について検討した。

III. 3 自画像

人物画は、Body Imageをより鮮明に表し、かつ、対象の変化を知る手がかりになるものとして、発達診断、精神分析、絵画療法などの場面で用いられる。そこで本研究では患者の運動面での変化と Body Image の変化を対応させて捉えるために、自画像の提出を求めた。

人物画の評価は、藤縄(1971)、徳田(1976)、岩井(1980)、ハンマー⁽⁵⁾などによる絵画分析、解釈の次のような対応基準を参考にして行った。

- * 描線の強弱や滑らかさとイメージの明瞭さ
- * 身体部位の消失や出現と身体観

観 察 票

ver.2

氏名： _____ 観察日： _____

A. 身体部位の可動性とコントロール (5X13) / 65

▼体幹 ☐首 ☐胸 ☐背中 ☐腰 ☐コントロール _____

▼上肢 ☐肩 ☐肘 ☐手首・手 ☐コントロール _____

▼下肢 ☐股関節 ☐膝 ☐足首・足 ☐コントロール _____

B. 協応的運動 (5X11) / 55

▼歩行 ☐前 ☐横 ☐後ろ _____

▼バランス ☐両足爪先立 ☐片脚立ち _____

▼基礎的協応運動 ☐全身スウィング ☐ジャンプ ☐回転 _____

☐スピード調整 _____

▼他 ☐直立多歩 ☐呼吸調整 _____

C. 自由表現 (5X3) / 15

☐表情 _____

☐使用スペース _____

☐動きの流れ _____

D. 参加態度 (5X3) / 15

☐積極性 _____

☐集中の持続 _____

☐他との協調 _____

A. / 65

B. / 55

C. / 15

D. / 15

TOTAL / 150

図1 観察票

*他のものへのなりかわりや、自己以外の要素と自己認識と環境との関わり方

さらに、生き生きとした自己の姿がイメージされているときに画面から受けるであろう生命感や動感も重要な指針であると考えられるので、この点についても考慮した。

描画は、観察・評価を実施する期日の前後を選んで、クラス終了後に行うこととした。B5版白紙一枚とHB鉛筆一本を全員に配り、「今の自分の姿を描いてみて下さい」という教示を行った。時間制限は特に設けず、白紙の提出も可とした。

IV. 結果と考察

IV. 1 観察項目における得点の推移

9人（五回目は5人）の長期継続者に与えられた観察得点を項目毎に平均し、第一回からの推移を示したものが図2である。

平均値を項目分類(A～D)間で比較すると、「A—身体部位」に関する項目は「B—協応動作」や「C—自由表現」、「D—参加態度」などよりも低い得点を示し続ける傾向にある。たとえば歩行やつま先立ちといった日常生活行動に準ずるような協応運動と、エクササイズに現れるような個別の身体部位の認知や操作との間に関きがあることが推察される。

また上肢に比べて下肢と体幹の得点が低いこと、前方向への運動に比べて後ろと横方向の運動で得点が低いことなどから、エクササイズや面前で示される単純な運動パターンを模倣する課題でも、その取り込まれる範囲は前方の狭い部分に限られることが示唆されている。

次に、各小項目間について見てみると、体幹では、腰、胸の可動性の得点がより低く、具体的な運動では胸を開く、腰を捻るといったものができにくい。

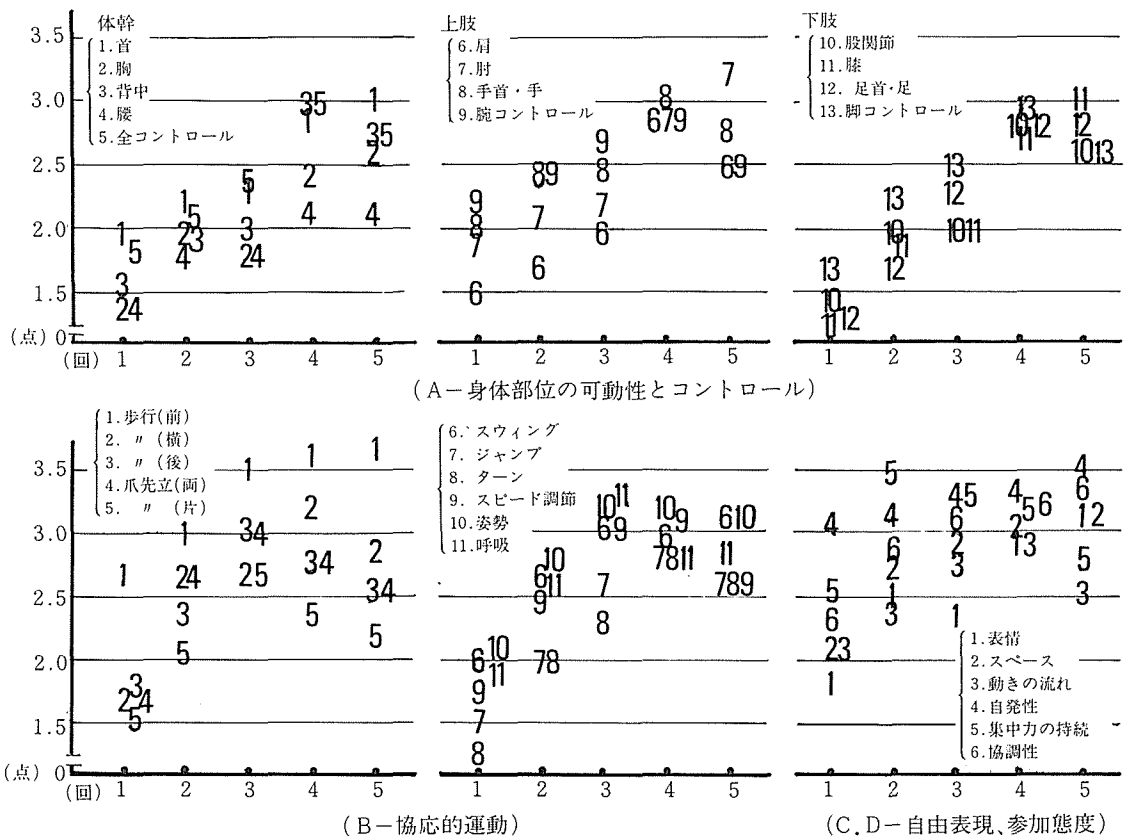


図2 項目ごとの平均得点の推移 (A～D)

上肢では、肘、肩とより体幹に近い部位での得点がより低く、手先の操作と身体を中心部での運動の分離を示している。

下肢では、二回目までは上肢と逆に、体幹からより遠い部位でより低い得点を示していた。例えば、特に歩行の際、かかとが床につかない、踏みしめられないといった特徴を見せる。これは、石福(1983)が俗に言う「地に足がつかない」ことを、精神分裂病者の特性である「共同体指向の欠如」や「安定性の欠如」と対応させて指摘していることの一つの現れであると考えられる。ただし三回目以降では、下肢におけるこの得点傾向は逆転しており、石福の指摘にある「欠如」が改善されつつある可能性がある。

「A-身体部位」と「B-協応動作」の関連でみると、背中や首、肘、肩の得点の伸び、及び足先の操作の向上が、横歩きやジャンプ、回転といった、より複雑な筋感覚とその協応を必要とする種類の運動の向上と同調していると考えられる。

以上の傾向は、「C-自由表現」における使用空間の拡大や、「D-参加態度」における、協調性の増加が見せる傾向とよく似た展開を示している。これは、クラスでの活動を通じて、患者の中に環境に働きかける指向が生じてきていることを示すものである。

IV. 2 患者個々の得点の推移

患者個々の傾向、及び患者間での比較を得るために、A~Dの項目分類毎の個人平均得点を求め、その推移を示したものが図3(A~D)である。a~iのアルファベットは、表2と同じ患者を表している。

図から、aはほぼ全ての項目で、他より低い得点を示している。b, eも得点が比較的低く、かつ変化の勾配が緩やかである。c, gは、もともと高い得点を示しており、さらに上昇の傾向を見せている。d, f, h, iは、全期間を通じて上昇と下降が不安定に移行している。

これから、本研究における9名の患者群には、観察得点の推移において概ね、低得点で緩勾配の傾向を持つタイプ、上昇下降の不安定なタイプ、安定して上昇を示すタイプ、という三つの類型が存在すると考えられる。この三つの類型を、仮に「停滞型」「不安定型」「上昇安定型」と名付けて

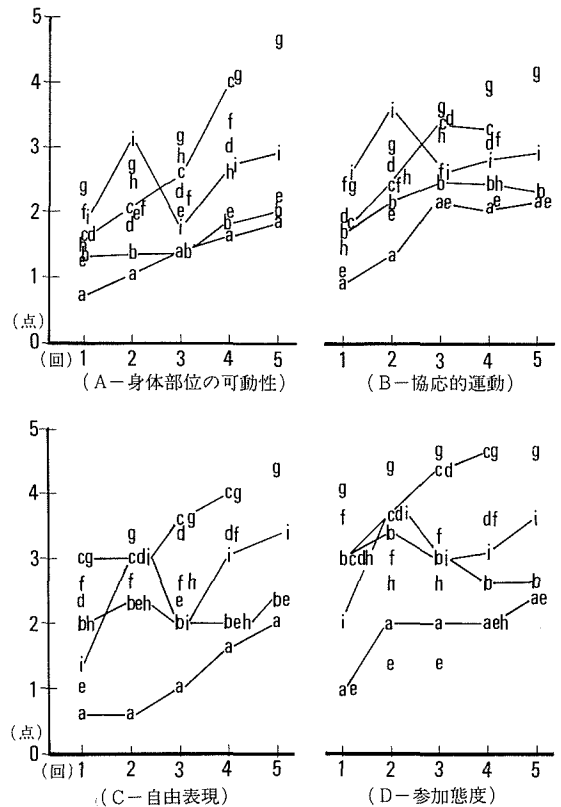


図3 個人の平均値の推移 (A~D)

表2 患者のプロフィール⁽⁶⁾

	年齢	疾病分類	主訴	備考
a	31	分裂	幻聴	
b	31	〃	緊張	
c	26	境界		四回目の観察の後入院
d	25	分裂	幻聴 関係障害	退所 予後は不良
e	32	〃	妄想	
f	40	〃	妄想	退所 予後は不良
g	38	〃		
h	27	〃	妄想 幻聴	四回目の後長 欠、入院
i	39	〃		二回目の観察 の後入院

おく。

IV. 3 運動語彙及び自画像の検討

上でみた三つの類型を代表すると思われる事例について、各々に、自由表現の際に生じた自発的運動のレパートリー及び使用空間の変化(図4)と自画像(図5)を対応させながら検討を試みる。

(1) 停滞型

a 及び e は、時折、生活行動の自律に支障が生

じ、本研究の患者群の中では症状が最も重くかつ変化に乏しい者である。

ダンスクラスの中では、自発的に動くことは非常に少なく、特に a ではフロアに大の字になって眠ってしまうこともある。極度に制限された運動レパートリーや、使用空間の様子からも、周囲の状況への注意や働きかけがかなり乏しいことが推察される。

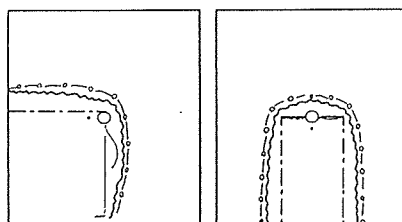
それでも、四回目以降、「先生、今日もダンスす

「停滞型」a:

- 1 = 歩く
- 2 = "
- 3 = 歩く、走る
- 4 = 腕をぱたぱた、回る、走る
- 5 = "、"、"

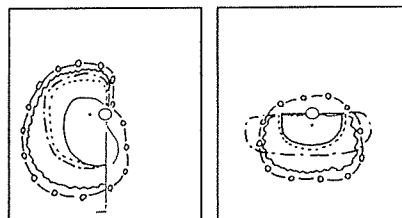


第一回目 — 第四回目 ~~~~~
第二回目 第五回目 -o-o-
第三回目 - - -



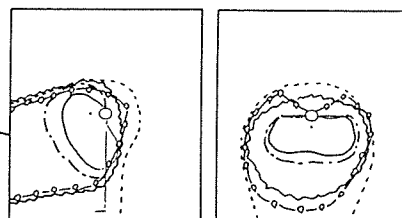
「停滞型」b:

- 1 = 腕の上下
- 2 = "、伸びる
- 3 = "、腕を横に開く
- 4 = "、伸びる、腕を抱える
- 5 = 腕の上下、前屈、案山子のポーズ



「不安定型」i:

- 1 = 腕の上下
- 2 = 伸び、前屈、反る、回る、捻る
- 3 = 腕の上下、捻る
- 4 = 回る、伸縮、ホップ
- 5 = 揺れる、押す、捻る、回る、伸縮



「上昇不安定型」c:

- 1 = 腕の上下
- 2 = 回る、揺する
- 3 = 回る、伸縮、床に手を着く
- 4 = 回る、伸縮、跳躍、平衡、足上げ
- 5 = —————

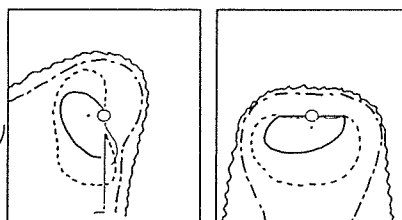


図4 自由表現で表れた運動語彙と使用空間

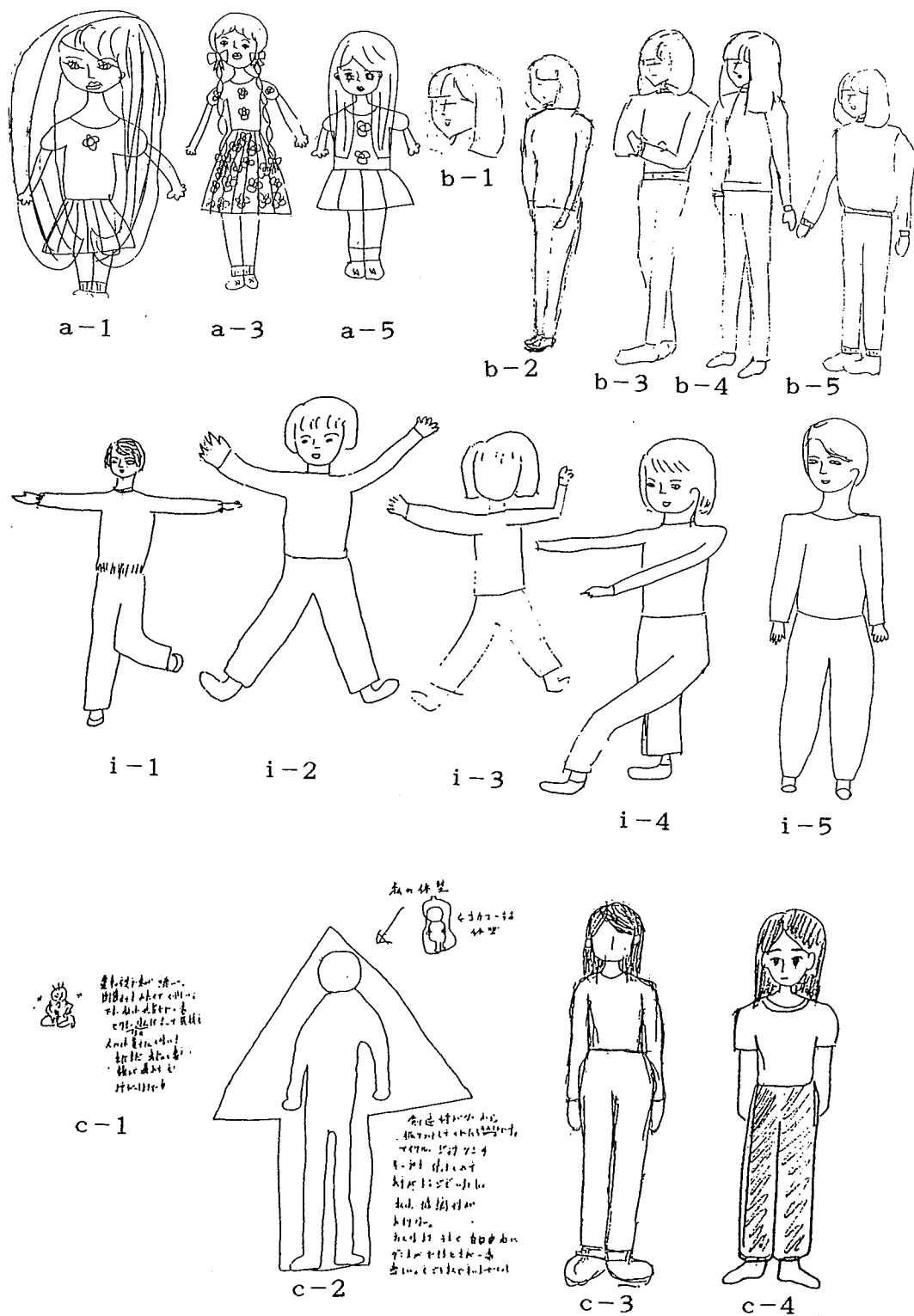


図5 患者が描いた自画像

るの？」といった問いかけを発したり、促せばエクササイズの一部と一緒にできるようになってきており、意識的に集団参加、あるいはダンスに参加している時間が生じてきている。

自画像では、aは、第一、三、五回目には「お人形さん」と称する、髪型や服装に趣向を凝らした、幼児的な人物画をかく。第二、四回目には「わかんない」と言って白紙で提出。

bの自発的運動のパターンは、手を胸の前におき、やや前屈するというような閉じた形を見せる傾向がある。自画像では、顔だけしか描けない頃があり、二回目以降で全身が出現するが顔の中身がなく、描線は弱々しく切れ切れである。また、描かれた自己像自体が前方に閉じ気味のものである。

これらの特徴はいずれも、自信の無さや引きこもりを示唆しており、日常生活に特別の支障はないが、対人場面では過度に緊張し、自分が人に与える印象を異様に気にするという病状の特性と符合するものである。三回目以降は、動きの中で「開く」「伸びる」が出現しはじめているが、日常面での不適応はほとんど改善されていない。

類型の仮称とした得点の「停滞」傾向は、a, b, eを通じて症状の程度が重いこと、変容がきわめて少ないことと対応して捉えられる。

(2) 不安定型

iは、この類型をよく代表している。生活場面では、第一から二回目にかけて他の患者達のリーダーとなり、積極的に役割をこなしていた。第二回目の直後に状態が悪化し、入院となったが、約半年でデイケアに復帰した。以降は、少しずつ改善を見せ始めている。

運動レパトリーの変容や使用空間の大小は、観察得点の上下と機を一にしている。自画像においても、第二回目の自然な優しい感じで、しかも運動を感じさせる画像をピークに、第一、三回目ではぎこちなさや、生気の無さが現れており、第四、五回目と進むにつれ、ピークに戻りつつある様子がうかがえる。

ここでも身体表出や自画像に対する評定の推移は、症状の推移と対応しており、類型の仮称でもある「不安定」な傾向を示している。

(3) 上昇安定型

特に目だって得点が上昇したものはcである。

自発的運動のレパトリーについては、二回目以降に大きな変化が認められた。二回目の時点ではエネルギーが過剰であるような印象を与える乱暴な回転、身体のゆすぶりなどが出現し、三回目頃から連続した運動を意識的に組み立てるようになった。四回目では、床を使ったりバランスや足あげを行うなど少し複雑な連続を見せ、力性の差をつけられるようになってきた。

一方自画像の方でも、これと対応する経過を見せている。最初は過剰な自意識、あるいは自己への不満を表しているのみであったが、三回、四回と現実的な姿を自信を持って描くようになっている。

日常面では、突然怒り出したり、暴れたりしていたのが、落ち着きを見せ始め、かなり適応的に見える様子になってきていた。従ってここでも「上昇安定型」という得点の推移傾向と、症状の改善や適応の傾向は一致していると考えられる。

ところがcは、四回目の評定の後しばらくして、急激に状態が悪化し、再入院となった。現在も入院加療中である。現段階ではデイケアに復帰していないので、その後の経過は不明である。しかし、他と比較してかなり良い経過を見せていながら急激に悪化したパターンが、iの途中入院の経過とよく似ており、cの上昇傾向は「不安定型」の中での一時的な傾向である可能性がある。そして「不安定型」の上昇下降には周期があり、その個人差がcとhの差となって現れていたとも考えられる。

V. 要約

本研究では、エネルギーの流通及び身体認識によってもたらされる身体操作の巧拙、運動語彙の多様性、支配空間の大きさと偏りという観点を通じて、精神分裂病者の身体表出と自己認識の変化について検討した。その結果、次のような知見を得た。

(1) 観察評定によって与えられた得点の全体的傾向は、本研究における対象群が次のような運動特性を持つことを示すものである。

①個別の身体部位（特に体幹と下肢）の認知や操作に問題を持つ。

②認知や操作の支配範囲が、狭く前方に偏って

いる。

③上の二点は、対象群の環境への主体的働きかけの弱さを示している。

④身体操作の向上にともない、環境への働きかけは拡大してきている。

本研究ではその経過に関して「停滞型」、「不安定型」、「上昇安定型」という類型が認められた。

(2) 自由表現の際の運動語彙は、観察の得点が高くなるにしたがって増加、複雑化する傾向にあった。具体的には、まず前屈気味の直立、次の上肢の上下動、その場での下肢の屈伸、全身の屈伸、回転系、移動、その後跳躍系が出現していた。ここから、運動の部位については、上肢→下肢→体幹の順で活性化し運動語彙が増え、また同様に複雑さと連続性を増すと考えられる。

(3) 同じく使用空間は、観察の得点が高くなるにしたがって拡大し、また軌跡の複雑化が見られた。まず居場所での重心移動⁷⁾(左右→上下)、次に歩く、走る、跳ぶなどの空間移動により前→横→上→後ろの順でさらに支配空間が拡大して行く。

(4) 自画像は、観察得点が高くなるに従って明確な身体イメージを反映する傾向がみられ、身体操作が向上するにつれて身体認知、ひいては自己認識も明確になることが示唆されている。

(5) 適応的傾向に関して、本研究では、三つの類型の間に「停滞型」<「不安定型」<「上昇安定型」という関係が認められた。ただし更に長期の経過では、「上昇安定型」は「不安定型」の中に含まれる可能性もある。

以上は、DTクラスに参加する中で、身体認知を基礎とする身体操作の向上を示したものは環境への働きかけが量的に増大し、質的にも多様化していたことを示すものである。

またこれと同時に、自画像を通じて客観化、現実化という Body Image の変化がとらえられ、自己認識の一側面を表象すると考えられる身体認知にも適用的変容が生じていたことが示唆された。従って、本研究では、身体表出と自己認識の相関的変容の一端を捉えることができたと考えられる。

一方、これらは、分裂病の症状としてあげられていた非社会的傾向の改善を示唆しているものと思われる。そして実生活での適応的変容も認めら

れたことから、身体操作の巧緻化、運動語彙や支配空間などにおける拡大と複雑化、という観察の枠組みとその結果は、症状改善へ向けての評価、診断のための尺度として発展させてゆくことが可能であると考えられる。

ただし、本研究者の役割と研究対象の性質上、本研究における観察、評価の際のバイアスの存在が否定できない。有機的なかわり合い方を損なわず、なおかつ客観性の高い資料を得る方法を検討することが必要である。既得の資料を再検討してゆくことによりこの点を改善し、研究法およびDTクラスの内容にもフィードバックしてゆくことが今後の課題である。

尚、本研究を進めるに当たって、快く実践の場を与えて下さった、財団法人復光会総武デイケアセンター所長鈴木秋津先生、あたたかいご助言とご協力でクラスを支えて下さった同スタッフの皆様、根気よくクラスに参加して下さい下さった同メンバーの皆様に、この場をおかりして厚くお礼を申し上げます。
(1990年10月31日受理)

註

- (1) 現在は第三世代に当たるものが、神経生理学や東洋的身体論など様々なアプローチの視点を持って活躍を始めていると考えられる。
- (2) 実践報告及び研究論文として専門誌に掲載されたものについてののみ。徳田(1984)によれば「ここ十年ほど」である。
- (3) 文献3、p. 3欄外註、および文献13より。
- (4) ダンス・セラピー第一世代が何から示唆を得たかという本人達の記述(例えば文献4、5)や、文献3における各流派の創始についての記述から。
- (5) 文献15より。
- (6) 疾病分類、主訴については総武病院における担当医師による診断書より抜粋。
- (7) 施設プログラムの性質上、重心計などを用いることは不可能なので、不動に見えて重心が微妙に移動しているといった厳密な計測は行っていない。

引用・参考文献

- 1) American Psychiatric Assoc., DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS; 3rd. ed., 1980
- 2) Bartenieff, I., BODY MOVEMENT, Gordon & Breach, 1980, 1988

- 3) Bernstein, P. L. (ed.), EIGHT THEORETICAL APPROACHES IN DANCE-MOVEMENT THERAPY, Kaudally/Hunt Pub. Co., 1981
- 4) ———, THEORY AND METHODS IN DANCE-MOVEMENT THERAPY 2 nd. ed., Kaudally / Hunt Pub. Co., 1975
- 5) Chace, M., 'Opening Doors Through Dance', JOHPER 3, 1952
- 6) ———, 'The Power of Movement with Others', DANCE MAGAZINE 6, 1964
- 7) Espenak, L., DANCE THERAPY, Charles C. Thomas Pub., 1981
- 8) 藤縄 昭,「自画像と精神分裂病者」芸術療法 3 : 95-96、芸術療法学会、1971
- 9) ———,「DSM-IIIの Personality Disorders の分裂型人格障害」臨床精神医学15 : 176-180、臨床精神医学会、1986
- 10) 石福恒雄,「舞踊療法」石福恒雄著作集 : 410-424、四倉病院、1983
- 11) 岩井寛(編著)、描画による心の診断、日本文化科学社、1980、1988
- 12) Kraus, R. & Chapman, S. A., HISTORY OF THE DANCE IN ART AND EDUCATION 2nd. ed., 1981
- 13) Levy, F. J., DANCE MOVEMENT THERAPY, A Healing Art, AAHPERD, 1988
- 14) ローウェン、A.,からだと性格(村本、国永訳)、創元社、1988
- 15) 町田章一,「1980年代におけるアメリカのダンス・ムーブメント・セラピー」聖カタリナ女子大学研究紀要 2 : 209-233、1990
- 16) 松本千代栄,「舞踊学の動向」舞踊学 1 : 7-10、舞踊学会、1978
- 17) 松本重治、藤原喜悦他,「性格診断の技術、性格心理学講座 3、金子書房、1962
- 18) 宮原資英,「ダンス療法入門」体育科教育 9 : 24-26、大修館、1989
- 19) 西丸四方、やさしい精神医学 3 版、南山堂、1988
- 20) North, M., PERSONARITY ASSESSMENT THROUGH MOVEMENT, Northcote House Pub. Ltd., 1972, 1990
- 21) シルダー、P., 身体図式(北条敬訳)、金剛出版、1983
- 22) Schmais, C., 'Dance Therapy in Perspectiv' In Mason, K. C., DANCE THERAPY : Focus on Dance VII 5th. ed. : 7-13, AAPERD, 1980
- 23) 徳田良仁,「芸術療法」大原、岡堂編 異常の心理治療—サイコセラピー、現代のエスプリ : 現代人の異常性 5 : 137-163、至文堂1976
- 24) ———,「芸術療法の展望～表現精神病理・パトグラフィ領域とともに」精神医学26-8 : 792-802 及び 9 : 906-914、精神療法学会、1984
- 25) 八木ありさ,「ダンスセラピーの理論と方法—アメリカの文献を基盤としたアプローチ」、舞踊学10別 : 6-8、舞踊学会、1987
- 26) ———,「舞踊における『カタルシス』の治療的効果について」、舞踊学11別 : 16-17、舞踊学会、1988