精神分裂病患者がダンスセラピークラスで見せた身体運動の変化について

八　木　ありさ

Ⅰ　研究目的

ダンスセラピーは，身体活動（表出）の解釈や評定が第一の媒介になるという点で，他の心理療法と異なる。舞踊活動を応用したプログラムを通じて生じる身体上の変化を，抽出・分類し，検討を重ねていくことにより，ダンスセラピーの治療仮説と診断尺度を構築することが可能になる。

本研究では，診断尺度に関する基礎的な素材を得る為に，①特定のダンスプログラムの長期継続を通じて得られる，対象者の身体活動の変化，②身体活動の変化と関わる要因，を検討する。

Ⅱ　研究方法

1　観察対象　船橋市内Ｓデイケアセンターの女子通所者のうち，精神分裂病残遺型であり，プログラムに３年以上ほぼ継続して参加している者９名。

2　観察期間　1986年６月～1989年10月

3　観察方法

(1)　プログラム　週１回，90分間。①身体各部位の活性化，認知強化を目的としたエクササイズおよびリズムダンス。②無意識的／意識的身体表出による自己や他者への気づき，情動の解放を目的とした即興表現および作品づくりへの展開。

(2)　観察の視点　Espenakの視点[1]を主に参考に，現行のプログラムとも対応させた，次のような構成の観察票を試作し，各小項目５点満点として得点化を試みた（合計30項目，150点）。

A身体部位の可動性とそのコントロールに関する13項目，計65点。

B全身の協応を必要とする運動（歩行，爪先立全身スウィング，ジャンプ，回転など）と姿勢，呼吸の11項目，計55点。

C即興的自由表現における表情の豊かさ，使用空間，動きの流れの３項目，計15点。又，具体的な動きの方向性，種類もメモする。

D活動全般を通じての積極性，集中の持続，他との協調の態度の３項目，計15点。

(3)　評定の実施　約一年間隔で全４回実施した。映像による記録は，施設の意向により収録しなかった。評定は，プログラム終了後に本研究者が行った。

Ⅲ　結果と考察

1　観察得点の全体的傾向

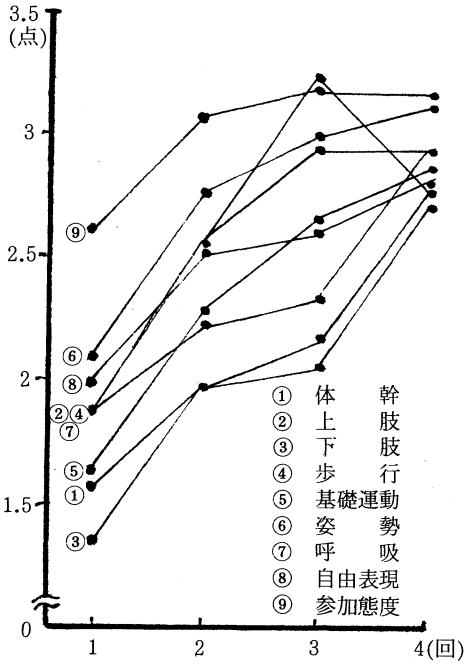


図１　項目ごとの平均得点の推移

項目分類ごとに比較をすると，伸一停一伸型の①②③の身体部位と，伸び率が小さくなる傾向の④⑤⑥⑨協応運動とにわけられる。身体部位に関する項目は，他よりも常に低い得点を示しており，日常生活での様々な生活行動に準ずる動きと，個々の身体部位の認知や操作との間に隔差があるようだ。しかし，回が進むにつれて項目間のばらつきが減ってきている。この隔差が埋められる可能性を示唆するものである。

ただし，項目ごとの標準偏差は0.４～1.０と大きくなる傾向があり，伸びの大小による個人隔差は拡大していることになる。

①体幹では，腰と胸の運動性が低く，開く，捻るといった動きが苦手であった。

②上肢では，肘，肩と体幹に近づく程に得点が低く，脇が開かないので使用空間が狭い。

③下肢では，逆に足首，膝の運動が苦手であった。特に，踵が床に着かず，踏みしめられない点が特徴的である。これは石福[2]が「地に足がつかない」ことを，精神病者の安定性の欠如と対応させていた事と一致する。

又，足・足首の動きの向上は，脚全体のコントロールの伸びと関連している印象を受けた。協応運動の中で横への送り足歩行のみが身体部位型の得点変化を示していた事も，この印象を支持するものである。

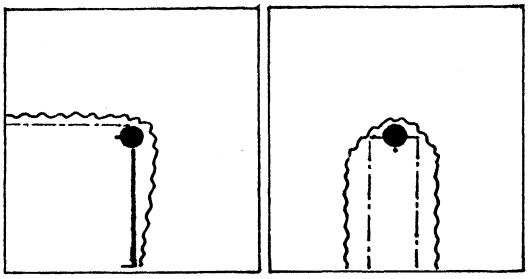
2　個人得点の傾向と運動空間及び種類

対象者個々の得点変化は，停滞型（低得点，緩

勾配），不安定型（上昇・下降），上昇型の３つの型にほぼわけることができた。

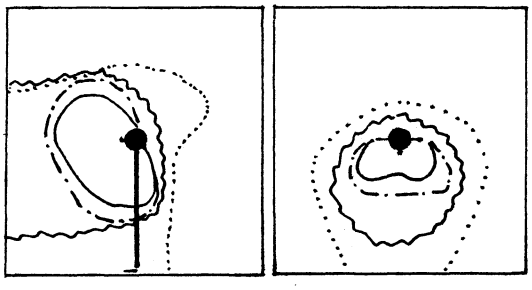
これら３つの型を代表すると思われる事例について，観察された動きの広がり，種類の変化を次に示す。（図中，── ①回目，……②回目，─·─ ③回目，〰④回目）

〈停滞型〉



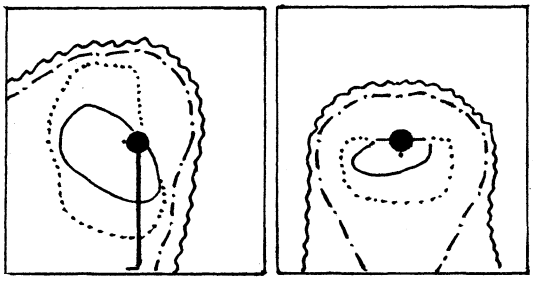
①歩く　②歩く　③歩く，走る　④腕をパタパタ→回る→走る

〈不安定型〉



①腕を上下に　②伸び・縮み（大）→そる→片脚支持で回る→上体をねじる　③腕を上下に→上体をねじる　④片脚で回る→伸び縮み（中）→その場跳び

〈上昇型〉



①腕を上下に　②両脚で回る→全身を小きざみにゆする　③片脚で回る→伸びる→床まで縮む　④片脚で回る→伸び縮み→ジャンプ→片脚を後方に浮かせてバランス→片脚を蹴り上げる

動きの種類や空間は，観察得点が高くなるにつれて増大する傾向を見せた。自発的動きが出現する時，腕・手の動きからはじまると考えられる例が多く，次に膝の屈伸，体幹の動き，その後で回転や跳躍，片脚支持等が生じ，方向性や力性の変化が見られた。この事は使用空間の拡大していく様子にもあらわれており，身体の前→上（横）→下→後という順番で拡がる傾向が見られる。

また，これらの変化の有無は，日常生活での表情の有無や他者との関係のもち方などと関連しているようであり，自画像に見る自己認識の現実性や社会的態度とも対応している印象を受けた。

Ⅳ　まとめ

DSM－Ⅲ[3]では，知覚－認知の歪みを分裂型人格障害の一次障害としている。藤縄[4]は，分裂の自己統御の困難は認知領域だけでなく，運動領域にもあらわれ，他と同調しないとする。幻聴や自閉といった顕著な症状と，運動面での実感のなさ，非社会的傾向が，観察上でも対応して見られた。

ナイサー[5]によれば，認知の図式は人間のmobility，locomotionによって最も組織的，効果的に知覚と結びつく。認知の図式は自己の身体を含めた経験世界全般を支配するとの考えに基づけば，系統的に発達していくmobilityやlocomotionは，その人の内向及び外向的知覚の，情動・感情に関する意味の情報との結びつき方を象徴する尺度としてとらえることができる。

本研究において得られた身体運動の変化は，症状軽減に伴った身体各部位の活性化，協応性の促進，使用空間の前→上→下→後方向への拡大であった。又，運動の種類は，上肢→下肢→体幹→複雑な協応を必要とするものという順で増加した。今後はこれらの各点を，認知及び情動と対応させ，ダンスセラピーの評定尺度の基礎要因として検討を進めていきたい。

参考文献

1) Espenak, L., Dance Therapy, Charles C. Thomas Pub., 1981
2) 石福恒雄，「舞踊療法」，石福恒雄著作集，四倉病院，1983：410～424
3) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders（3rd Edition），1980
4) 藤縄　昭，「分裂病型人格障害」，臨床精神医学15，1986，175～180
5) ナイサー，U.，認知の構図（古崎・村瀬訳），サイエンス社，1978