

「催眠の発見～臨床利用～」シンポジウム

「催眠と臨床動作法の密接な関係～どこで区別できるのか～」

長谷川明弘(東洋英和女学院大学)

臨床動作法は、精神分析といった心理療法と同じく催眠から始まっている(長谷川,2015)。臨床動作法を開発したのは九州大学名誉教授であった成瀬悟策である(成瀬,2016)。1950年代から成瀬は、催眠を用いて知覚の実験研究をしたり、夜尿症や乗り物酔いなどへの心理療法をしたりしていた。1961年に脳性マヒを有した方に催眠をかけたら、「マヒしていた手が動いた」という報告があった(小林,1966)。成瀬は、その報告を聞いて脳性麻痺が医学的な説明では限界があり、心理学の立場から取り組める研究課題であると考えた。そして「脳性マヒを有している子どもたちに催眠を使わずして同じ成果が得られないか」と教え子達といった共同研究者と共に精力的に実践研究を始めた。これが臨床動作法の黎明期の出来事であり、当時は「動作訓練」と呼ばれていた。動作訓練は1967年には体系化されつつあり、「心理リハビリテーション」「動作法」と呼称し、「日本リハビリテーション心理学会」が1976年に設立された。1990年代半ばまでに動作訓練が脳性麻痺だけでなく自閉性障害、統合失調症やうつ病、脳卒中や認知症を持った人、スポーツ選手、不登校となった子ども、肩凝り、四十肩、腰痛とさまざまな対象に適用された。例えば、鶴(2007)は、動作法を統合失調症を有した方に適用した場合、慢性緊張の自己弛緩とともに、活動性・自発性が増大したという。

動作法は適用対象によって呼び名を変えており、心理療法として用いる場合に「動作療法」と呼ぶようになり、その総称を「臨床動作法」と呼んで(成瀬,1995)、1993年に「日本臨床動作学会」が設立された。成瀬(1995)は、臨床動作法を「動作という心理活動を主たる道具として心理治療ないし広く心理臨床一般の援助をしようとするセラピストの活動」と定義している。

臨床動作法は、催眠を使わずして、同じような成果を得るような工夫をしていく中で開発されたものの、2019年6月29日の日本臨床動作学会主催資格者研修会の講義の冒頭で成瀬が「動作法の中で暗示を使っていることに気づいた。トランスを用いることもある。かつては動作法と催眠とを別々に考えようとしていたが、もう一度考えたい。ここで話すと長くなるので機会は別に持ちたい」ということを話していた。しかし8月3日に成瀬が逝去したため、その考えを聞く機会を失ってしまった。

催眠は、動作法に比べて言語的要素が優位であり、動作法は非言語的要素が催眠に比べて優位である。臨床動作法と催眠についてトランスが両者を結ぶ接点と考えられる。どちらも言語や非言語、空間配置ならびに身体の動き、文脈などを活用していく共通点がある。その両者の間で、主体の関与度と意識状態によって相違点があると現時点では考えている。

最後になるが、催眠に関する用語にはいくつかの考え・定義がある。ここで変性意識状態とトランスについて考えを記しておく。「変性意識状態は、意識が日常とは変わった状態で、宗教儀式に参加したり、音楽を聴いたり、絵画を鑑賞したり、深い思考をしたり、アルコールや薬物を摂取したり、夢中になったり、興奮したり、ヒステリー症状の中でも生じる。クライアントは、変性意識状態になると主観的に意識が変化したことを実感する。トランスは、注意が特定の対象に一定の時間だけ向かった状態を指している(長谷川,2019)」