【心理学系】

臨床動作法の基礎

長谷川明弘

帝京大学（旧所属　東洋英和女学院大学）

1．臨床動作法の歴史

臨床動作法は，精神分析といった心理療法と同じく催眠が起源となる［1］．催眠は，実験研究だけでなく対人支援場面といったいわゆる臨床場面でも適用でき，臨床動作法も同様の特徴を有している．

臨床動作法を開発したのは九州大学名誉教授である成瀬悟策であった［2-5］．第二次世界大戦後に東京教育大学へ進学した成瀬は，大学在学中に催眠に強く関心を示して知覚の実験研究を行っただけでなく，夜尿症への催眠法の適用を日本応用心理学会で報告してきた［6］．成瀬は大学卒業後も母校で助手を務めながら催眠研究会を主催して国内外で精力的に活動していた．1964年に脳性麻痺を持った方に催眠を用いたら動かないはずの身体が動いたという報告が成瀬に届き，成瀬は脳性麻痺が医学的な観点ではなく心理学的な研究課題となり得ると気づいたという［6，7］．臨床動作法の黎明期には，脳性麻痺を持った方に筋電図計測を行いながら催眠状態と非催眠状態の比較をしたり，筋電計を用いたフィードバック弛緩の研究が行われていた［8］．

催眠を用いないで同じ成果を出すことを目指して研究が開始された手続きは次第に「動作訓練」と呼称され，成瀬が先導して1967年には体系化されつつあった．動作訓練は，心理学的なリハビリテイションという意味で「心理リハビリテイション」，動作訓練の手続きとして「動作法」とも呼称されている．脳性麻痺から始まった動作訓練の適応対象が脳卒中，自閉性障害や，統合失調症，うつ病，認知症といった障害を持った人に適用したり，スポーツアスリートの能力開発や不調の改善，肩凝り，四十肩，腰痛といった健康問題や動作改善，学校現場での不登校といった子どもなどさまざまな対象に適用が広がって効果の検証が行われていった．1990年半ばになる頃には，動作訓練がさまざまな対象への支援に用いられて一定の効果が得られてきたことを踏まえて「臨床動作法」と総称するようになった［2］．

2．臨床動作法の定義

心理学の立場から定義すると動作は，身体を動かそうと計画する「意図」や「イメージ」が人の心に発生し，意図された身体運動を実現するために身体の適切な部位に適切な力を入れる「努力」がなされて，「身体運動」として観察できるまでの一連の過程のことである．動作という心理活動を対人支援に用いる場合に動作法と呼び，この動作法をさまざまな対象に適用する場合を総称して臨床動作法と呼んで，特に心理療法として用いる場合を動作療法と呼ぶ［2，9］．

3．臨床動作法の特徴を踏まえたバイオフィードバックへの展開―心理状態をどのように把握して支援に繋げるか―

心理学は，目に見えない心理現象をどのように把握するか検証することに注力してきた学問とも捉えられる．臨床動作法は心理学的支援法や心理療法の一つであることから，どのように心理状態を把握するか工夫を重ねていた．成瀬は，課題努力法として，一定の課題を与えて，課題を達成するまでの取り組み方の過程を調べることで，心理状態を捉えるという視点を提唱し，臨床動作法に限らず，心理療法全体に通底する理解の仕方を提供している［3］．臨床動作法の場合は，支援の仕方の訓練を受けた支援者が非支援者の身体に触れて，その筋緊張の

連絡先：〒192-0395　東京都八王子市大塚359
帝京大学文学部心理学科
E-mail：hasegawa.akihiro.zi@teikyo-u.ac.jp

状態の変化を把握することから始まり，観察や補助的な位置づけとなる言語によるやりとりを含めて心理状態の把握が行われ，さらには2000年頃から身体に触れないで声かけと観察から心理状態を把握する方法の取り組みが考案されたり，さらに2019年末に始まったコロナ禍以降は，オンラインでのスクリーンに映し出された中で観察したことから心理状態の把握するように展開されており，心理状態の把握の仕方の工夫が続けられている．

バイオフィードバックは，臨床動作法において身体非接触場面での心理状態の把握と支援からセルフケアに繋げる新しい展開が期待できる．参考までに臨床動作法の実施過程に末梢皮膚温，皮膚電動水準，心拍，筋電図，脈波，呼吸数といった生理指標を測定した結果の報告や解説が示されている［5，9–15］．

臨床動作法は，支援者が動作課題と呼ばれる身体（からだ）を動かす一定の課題を提示し，それに対する心理状態の変化を把握して，心理的に有益な受け止め方となるような支援を目指す．被支援者は提示された動作課題に取り組む中で，動作の感じ方や動かし方が変わってくる．この動作の変化は，臨床動作法では「体験様式の変化」と呼ぶ．ところで体験は，内容と様式・仕方（感じ方）とで構成されており，体験の中の内容ではなく，体験の仕方や体験の様式の変化がより適応的に変化することを心理療法の中で大切にする「体験治療論」を成瀬は提唱している［6］．

4．臨床動作法の実際

臨床動作法は，被支援者の困り事を聞いた後により適応的な体験が得られると期待できる動作課題を設定して心理支援を開始する．本論では，比較的多くの方が適応的な体験を得られやすいと考えられる「着座姿勢での肩上げ課題」という動作課題を紹介する．

着座姿勢での肩上げ課題（［10］から一部修正して引用）

① 椅子に上体を起こして座る．
② 椅子の背もたれから背中を離して背筋を伸ばして座る．また両足を床にしっかりと着けて，両膝と両踵が肩幅くらいの間隔となるように足を置いて座る．お尻が均等に座っているように前後左右に上体を動かして均等なところを探す．
③ どちらか上げる方の肩を決める．
④ その肩をゆっくりと真上に上げる．
⑤ 肩を上げてみると途中で上げにくい感じが出るか確認する．肩の上げにくさが出てきたならば，肩を上げるのを止めて一旦待つ．待っている間に肩の高さをその高さのままで維持する．全身ではなく，一部の緊張と弛緩を行って自体（自己の身体）をコントロールする．
⑥ 肩をその高さのままで保つ中で，肩の周りに注意を向ける．力が入っていれば，肩の高さを極力維持しながら，入っている力を抜く（力が抜けるのを待つという心構えで取り組む）．肩の高さを維持しながら待っていると力が抜けることがある．肩から首に掛けて力が入っていないか，そこにも注目する．肩の高さをそのままにして待ってみて，注目した部位の力を抜こうとするとその部位の力が抜けて，肩が楽な感じになることがある．自体に注意を向けて弛緩してもらう．
⑦ 肩の周りや首の周りに掛けて，力が抜けた感じが出たら，再び真上に肩を上げる．もし力が抜けたか分からない場合でも，再び肩を真上に上げてみる．
⑧ ④から⑦を数回繰り返す．
⑨ 肩がこれ以上，上がらないという感じが出てきたら，上げるのを止める．少し待ってもう一度上げようとしてみる．肩を上げられれば，上げる．肩が上がらなければ，ゆっくりと肩をおろし始める．自体をコントロールしながら，自体の変化に注目してもらう．
⑩ ④から⑨を1セットとして2，3回繰り返す．
⑪ 反対側の肩についても④から⑩までの手順を同様に行う．
⑫ 被支援者に随時状況を確認する．「肩を上げるときにどんな気分となったか」「肩を上げたときにどんな感じがしたか」「肩をおろす途中はどんな感じがしたか」「肩をおろした後の気分はどうであったか？」などと取り組んだ上での体験を把握するために尋ねる．
なお支援者は疲労回避のため被支援者にあまり長く取り組ませないように配慮する．

まとめ

本論では，臨床動作法の歴史ならびに用語解説と合わせて特徴を踏まえたバイオフィードバックを適用する可能性について言及した．そして臨床動作法の具体的な手続きを示した．臨床動作法を確実にかつ適切に習得するには，日本臨床動作学会が主催する研修会や日本臨床動作学会が認定する講師による研修会を受講することを勧める．

日本臨床動作学会の情報はhttps://www.dohsa.jp/をご覧頂きたい．

参考文献

［1］ 長谷川明弘（2014）臨床心理学の歴史―催眠を基軸として．*東洋英和女学院大学心理相談室紀要 18*，56–66.
［2］ 成瀬悟策（1995）*臨床動作学基礎*．東京：学苑社.
［3］ 成瀬悟策（2016）*臨床動作法：心理療法，動作訓練，教育，健康，スポーツ，高齢者，災害に活かす動作法*．誠信書房.

［4］ 鶴　光代（2007）*臨床動作法への招待*．金剛出版．
［5］ 長谷川明弘（2017）トラウマに対する臨床動作法．岡本浩一・角藤比呂志（編）*新時代のやさしいトラウマ治療：NLP，マインドフルネス・トレーニング，EFT，EMDR，動作法への招待*（pp.161–226）．神奈川：春風社．
［6］ 成瀬悟策（2014）*動作療法の展開：こころとからだの調和と活かし方*．誠信書房．
［7］ 小林　茂（1966）脳性麻痺のリハビリテーション．成瀬悟策（編）*教育催眠学*（pp.279–290）．東京：誠信書房．
［8］ 大野博之（2000）臨床動作学を支える実験動作学．成瀬悟策（編）*実験動作学：からだを動かすこころの仕組み*．至文堂．
［9］ 長谷川明弘（2019）パワハラ・トラウマに対する臨床動作法の適用．岡本浩一・長谷川明弘（編）*パワハラ・トラウマに対する短期心理療法：ブリーフセラピー・臨床動作法・NLP の理論と実際*（pp.113–142）．神奈川：春風社．
［10］長谷川明弘（2023）動作法によるセルフケア 1：着座姿勢での肩上げ．岡本浩一・小林能成・長谷川明弘（編）*自分を整えるブリーフサイコセラピー：瞑想法，NLP，臨床動作法，バイオフィードバック*（pp.175–198）．神奈川：春風社．
［11］長谷川明弘（2023）動作法によるセルフケア 2：腕挙げ，立位膝前出し・膝伸ばし．岡本浩一・小林能成・長谷川明弘（編）*自分を整えるブリーフサイコセラピー：瞑想法，NLP，臨床動作法，バイオフィードバック*（pp.199–220）．神奈川：春風社．
［12］長谷川明弘・小林能成（2019）動作法の模擬治療・治療実演・質疑・測定．岡本浩一・長谷川明弘（編）*パワハラ・トラウマに対する短期心理療法：ブリーフセラピー・臨床動作法・NLP の理論と実際*（pp.207–221）．神奈川：春風社．
［13］小林能成（2017）各治療技法における生理測定に基づく評価．岡本浩一・角藤比呂志（編）*新時代のやさしいトラウマ治療：NLP，マインドフルネス・トレーニング，EFT，EMDR，動作法への招待*（pp.295–305）．神奈川：春風社．
［14］小林能成（2019）PTSD によるストレス反応の生理的測定．岡本浩一・長谷川明弘（編）*パワハラ・トラウマに対する短期心理療法：ブリーフセラピー・臨床動作法・NLP の理論と実際*（pp.49–65）．神奈川：春風社．
［15］小林能成（2019）治療実演の生理的測定の総合考察．岡本浩一・長谷川明弘（編）*パワハラ・トラウマに対する短期心理療法：ブリーフセラピー・臨床動作法・NLP の理論と実際*（pp.285–293）．神奈川：春風社．