

頭痛のある女子学生に対する臨床動作法の短期介入 —からだ・心の動き・援助者に対する感じ方に注目して—

馬 淵 可奈子* ・ 小 嶋 秀 幹**

要旨

頭痛のある女子学生11名に対して、4週間（週1回、計4回）、腕上げ課題と軀幹のひねり課題による臨床動作法を実施し、その効果を検証した。動作法実施後に、頭痛の頻度、強さは有意な改善がみられなかった。からだ・心の動き・援助者に対する感じ方については、弛緩感・爽快感因子得点、安心感・リラックス感因子得点、親近感・相互受容感因子得点、開放感因子得点、明朗感因子得点の有意な上昇が得られた。一方で、心身における能動的活動感得点、主体的活動感得点は有意な上昇が得られなかった。能動的活動感や主体的活動感といった自己コントロール感が4週程度の短期間の介入で得られなかったことと、頭痛の頻度の減少や頭痛の強さが軽減されなかったことの間に何らかの関係があると考えられた。

キーワード：臨床動作法、頭痛、大学生

I. 問題と目的

こころの健康には、個人の資質や能力の他に、身体状況、社会経済状況、住居や職場の環境、対人関係など、多くの要因が影響するが、その中でも、身体状況とこころは相互に強く関係している。心身症など、こころの問題が身体的な痛みとして表現されることはしばしばあり、反対に、身体的な痛みを原因として、こころが不調になることもある。日常生活で多くの人が経験する頭痛も心理的な側面と関係することがある。反復性・慢性の頭痛を主徴とし、頭痛の原因となる器質的疾患が認められない頭痛を一次性頭痛といい、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛などが含まれるが、これらの中でも特に頻度の高い、緊張型頭痛や片頭痛は代表的な心身症と考えられてきた（吉内・菊池・赤林, 2010）。片頭痛の有病率は男性が3.6%、女性が12.9%で、女性が男性の3.6倍である。年代別では、20歳代から50歳代に多く、男性は20歳代、女性は30歳代がピークである（Sakai・Igarashi, 1997）。また、日常生活の動作に適度な緊張感は欠かせないものであるが、それ

が過剰になると動作を妨げ、こころの活動を不安定にし、ストレスをさらに増幅し、それが身体の緊張を高め、内臓やその他さまざまな心身の問題の原因となる（成瀬, 2001）。また、慢性頭痛では、心理社会的要因が密接に関係することが指摘されている（橋詰・都田, 2016）。

吉内・菊池・赤林（2006）では、頭痛時の対処法としては、第1に薬物療法があげられるが、薬物治療では効果が十分に得られない場合や服薬が頻回になる場合は、非薬物療法による予防療法を考慮する必要があるとされている。また同じく、吉内・菊池・赤林（2006）では、痛みに対する予防療法は大きく2つに分けられ、1つは症状の持続に関与する心理社会的因子を除去することにより、症状を軽減させる方法である。そして2つ目は、痛みに対する対処法の習得により、痛みによって引き起こされている悪影響の軽減を図る方法であるとされる。心身症としての頭痛は、その痛みのそのものの原因となっている要因（過緊張など）や、痛みを維持している要因（破局的思考など）に対処し病

*心理教育相談室 相談員

**福岡県立大学大学院人間社会学研究科心理臨床専攻 教授

態を改善することや、自分で自分の痛みに対処できるというセルフコントロールを高めることが治療と言われている（本谷，2018）。

非薬物療法による対処法のひとつとして、自律訓練法の研究が行われている。菊池・吉内・赤林（2008）では、緊張型頭痛に対する自律訓練法の追跡評価時の効果を検討している。緊張型頭痛患者54名を対象に、8週間の自律訓練法の介入を行い、待機群との比較を行った結果、自律訓練法の介入効果は自律訓練法の教室参加中に限らず、教室終了後、自宅での自律訓練法の継続することで効果を維持、あるいは新たに効果を発現する可能性が示唆された。また、菊池・吉内・宮坂・熊野・久保木（2005）では、緊張型頭痛患者22名を対象に、8週間の自律訓練法の介入を行い、待機群との比較を行った結果、自律訓練法が緊張型頭痛患者に対して、気分の改善に有効であることが示唆されている。佐藤・池田・松村（1988）は、緊張型頭痛患者に集団自律訓練法を導入し、治療効果の促進が見られた1症例を報告している。

痛みに対する対処法のひとつに、臨床動作法がある。臨床動作法は、心理療法の多くがクライアントとセラピストとの間に言葉を介在させ、言葉を手段として進めていくのに対し、動作をその手段とするものである（鶴，2007）。痛みなどの身体的な症状を伴う不適応状態のクライアントに対して、動作法のアプローチが用いられている事例は複数報告されている。池永（2012）は、卒業期の課題に直面して不安感が高まった女子学生の事例を報告している。この女子学生はすぐに体に緊張が入ってしまう状態で、緊張からくる痛みに直面すると、「どうにもできない」と訴え、止めようとしていた。こうした構えは、不安を感じるとどうにも対処できなくなる彼女の日常生活での構えと同様であった。痛みのひとつずつ対処し、弛む体験を重ねる中で、こうした自分の構えに気づき、痛みが生じてもしっかりと取り組めるようになり、現実にも主体的に取り組めるようになっていった。成瀬（2001）は、昇進のストレスから四十肩を発症したスポーツマンタイプの男性に動作法を実践している。クライアントは酷い四十肩に悩まされており、注射を打っても3、4日で痛みが再発する状況を繰り返していた。腕をあげさせても上手く力が抜けず、しきりに痛がっていたが、何度も繰り返し力を弛めて適切な力の入れ方をわかっていくなかで、クライアントの肩は楽に動かせるようになった。鶴（2007）は、不登校を主訴として身体的痛みも生じさせていたCIが、動作法で生じる身体の痛みをThと

もに対処していく中で、自己を対象化させ、問題への見当づけ・工夫・達成の体験を獲得していった過程を報告している。結果、日常生活で生じる課題に対しても、動作法での体験と同様に、見当づけ・工夫・達成の見通しを持つことができるようになり、CIは主体的・自立的に生きることができるようになっていった。このように動作法では、身体的な問題と同時に起こるCIの内的な過程も重視されるため、痛みの変容だけでなく、CIの内的な変化にも注目する必要があると考えられる。

臨床動作法の介入期間においては、短期間で効果をあげているものが複数報告されている。平野・二宮（2007）は、中学生の「生きる力」を高めることを目的とした動作法の体験授業を5回行った。その結果、自己への気づきの促進、無気力感の減少、生きる力の向上が得られた。この効果は、援助者と動作者（動作法を受ける人）を交互に行うことにより、自己と他者の相互理解が得られたことや、身体を思うように動かせるようになることで、リラックスした感じや気持ちのよい感じを味わえたからであると考察されている。また、平野（2010）は、動作法を取り入れた1回のセルフリラクセーションによって、爽快感を高め、疲労感や抑うつ感、不安感が減少したと報告している。これは自分の身体の緊張している感じ、弛緩している感じを自分の身体を通して体験することによるものだと述べられている。井上（2012）は、青年期を対象とした、身体感覚への気づきを促すための、動作法を用いた心理教育の実践を2回の介入で行った。動作法により、参加者は日頃の過剰な体の緊張感に気づき、身体の力が抜けることに伴うリラックス感や自己コントロール感を体験していた。これは、動作課題を遂行する過程において、自分の普段の在り方を対象化し、客観的な自分（力を不要に入れている・力が抜けないなど）に気づくことができたこと、また、身体の力を抜くことで爽快感を得たり、ほっとしたりするなど、自分の状態をより快なものにできたという自己コントロール感からきているのではないかと述べられている。いずれの事例においても、自分の身体の不要な緊張に気づき、身体が動かせる感じを持つことや、気持ちのよい感じを持つことができることといった、弛緩感や爽快感が変化に影響を与えている。

これらの報告のように臨床動作法は様々な痛みに対して効果的な心理療法であるが、事例報告が中心であり、他の非薬物療法である自律訓練法の例に見られるような比較対照試験の報告は筆者らの知る限りでは見

当たらない。そこで、筆者らは、頭痛のある女子大学生を対象に、動作法セッション前後の4週間における頭痛の状況、心身の気づき等を経時的に調査することにより、頭痛に対する動作法の短期介入効果を検証する。具体的には、「動作法による4週間(4セッション)の介入により、介入前の4週間と比較して、弛緩感や爽快感、リラックス感などの心身の気づきが高まり、頭痛が改善する」との仮説を立てて介入研究を実施した。

Ⅱ. 対象と方法

1. 対象

対象者は、保健福祉系大学に在籍する頭痛のある女子学生11名(平均年齢:21.45歳 SD:4.19歳)とした。このうち、頭痛に対して服薬している者は7名であった。また、頭痛の感じ方(重複回答あり)は、ズキズキする痛み6名(24.00%)、ガンガンする痛み6名(24.00%)、脈打つような痛み8名(32.00%)、締め付けられるような痛み5名(20.00%)であった。

2. 方法

1) 実施手続き

以下の①から③の手続きに沿って、ベースライン測定期間・無介入期間・動作法による介入期間の順に実施した。実施は毎回、個別に、プライバシーが守られる個室で行った。

①ベースライン測定期間

実施者(第1筆者)と対象者が1週間毎に会い、その1週間の頭痛の頻度、強さについての聞き取りをし

た。これを測定開始時から4週間、全4回行った。

②無介入期間

ベースライン測定期間後の1週間は、無介入期間とした。無介入期間はベースライン測定期間の影響が動作法期間に及ばないようにする目的で設定した。

③動作法による介入期間

実施者と対象者が週に1回会い、頭痛の頻度、強さについての聞き取り、その後、動作法を実施(30分程度)した。動作法実施後、からだ・心の動き・援助者に対する気づきを尋ねる質問紙への回答を求めた。これを測定開始時から4週間、全4回行った。

2) 動作法の実施内容

①実施者

動作法は、3年間、動作法の訓練会に参加し、トレーニングを積んでいる第1筆者が行った。本研究の実施については、日本リハビリテーション心理学会から認定された心理リハビリテーション・スーパーバイザーの許諾を受けた。

②動作課題

躯幹のひねり課題(リラクセーション課題)と、腕上げ課題(自体コントロール課題)を毎回実施した。所要時間は合わせて30分程度であった。動作課題は、ガイドラインを作成し、それにもとづき施行した。ガイドラインの内容は、Table.1、2に示した。

成瀬(2000;2014)、鶴(2007)を基にスーパーバイザーと下記のように協議した。躯幹の捻り課題では、

Table.1 動作課題ガイドライン(腕上げ課題)

	協力者	実施者
状態	床に仰臥位	動かす腕の側に座る
①	自分の好きな速度と動かし方で、 腕を頭上の床と体側で2往復する	動かすように声掛けし、見守る
②	自分の好きな速度と動かし方で、 腕を頭上の床と体側で2往復する	協力者の腕に手を添える 協力者の動きに追従することを伝える
③	自分の好きな速度と動かし方で、 腕を頭上の床と体側で2往復する	協力者の動きに追従しつつ、動きや速度について 軌道修正を加える そのことを協力者に伝える
④	実施者の動きに合わせて、 腕を頭上の床と体側で2往復する	協力者の動きをリードする援助を行う そのことを協力者に伝える
⑤	実施者の動きに完全に身を任せ、 腕を頭上の床と体側で2往復する	協力者の腕を支えながら援助を行う そのことを協力者に伝える

Table.2 動作課題ガイドライン（躯幹のひねり課題）

	協力者	実施者
状態	床に側臥位	協力者の背中側に座る
①	上になっている方の肩を 後方に動かしながら躯幹を捻る 動きが止まったところで、	腰が動かないように止め、肩に手を乗せる援助 必要に応じて声掛け 腰が動かないように止め、肩に手を乗せる援助 必要に応じて声掛け
②	肩・背・腰などの緊張を弛めながら 動かしていく	

外的働きかけ（課題提示）や、そこで生じる筋緊張に対する対処様式についての気づきを促す（自己理解）。また、自己弛緩に向けた試行錯誤のなかで安寧感や自己信頼感を高めることを目的とした。腕上げ動作課題ではセラピストとの相互作用を通して、他者の援助的関わりに委ねる経験や自身の行動様式やそれに伴う感情様式について気づくこと、自体コントロール課題を通して自己統制感を高めることを目的とした。端的に説明すれば、それぞれはリラクセーション課題と自体コントロール課題と位置づけられる。頭痛という自律性を欠いた身体感覚に苛まれる日常経験から、それとは異なるリラックス感などの肯定的な身体感覚の経験と自体コントロールによる自己統制的な経験を積み重ねることにより、慢性的頭痛症状によって形成された自己不信を緩和し、自己信頼を高めることが援助目的である。本事例では両課題で相補的に支援することを意図した。

ただし、臨床動作法の実践においては、リラクセーション課題による介入によって自己弛緩が比較的スムーズに行われるクライアントと、痛みに対する構えが強くスムーズに自己弛緩できないクライアントが存在する。後者のように身体感覚の変化に過敏で、弛緩の試みによってますます痛みや筋緊張に注目し、安寧感や弛緩感の獲得が難しくなるクライアントに対しては、自体コントロール課題のように援助者の援助を受け入れ、脱力した腕を動かされる感覚、最小限度の力でもって楽に身体を動かすことを目標とする腕上げ課題の方が、動作法導入がスムーズである場合がある。よって、本研究では両課題を設定した。

3) 質問内容

(1) 頭痛の頻度

頭痛の頻度については、1週間の頭痛出現回数の回答を求めた。

(2) 頭痛の強さ

頭痛の強さについては、「全く痛くない状態を0、今まで経験した最大の痛みを10としたとき、この1週間の頭痛の強さはどうでしたか」と問い、回答を求めた。そして、その数値を、頭痛得点（0～10点）とした。

(3) からだ・心の動き・援助者に対する感じ方を尋ねる質問紙

「からだ・心の動き・援助者に対する感じ方を尋ねる質問紙」（井上、2001）を用いた。この質問紙は、からだに対する感じ方を尋ねる項目は、弛緩感・爽快感因子7項目と能動的活動感因子3項目の計10項目である。心の動きに対する感じ方を尋ねる項目は、安心感・リラックス感因子8項目、主体的活動感因子3項目の計11項目である。援助者に対する感じ方を尋ねる項目は、親近感・相互受容感因子6項目、開放感因子3項目、明朗感因子2項目、効力感因子1項目の計13項目である。回答はすべて7段階評定（1：非常に当てはまる，2：かなり当てはまる，3：やや当てはまる，4：どちらともいえない，5：やや当てはまる，6：かなり当てはまる，7：非常に当てはまる）の形容詞対であった。逆転項目については、反転処理を行った。そして、各項目の7段階評定の得点（1～7点）の平均値を、からだ・心の動き・援助者へ対する感じ方の得点とした。

4) 分析方法

統計パッケージは、JS-STAR version 9.7.8jを用いた。

5) 倫理的配慮

本研究は、学内の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 頭痛の頻度について

まず、頭痛出現回数をTable.1に示す。ベースライン

Table1 頭痛の頻度

ベースライン					動作法				
1w	2w	3w	4w	平均	1w	2w	3w	4w	平均
2.73	2.45	1.45	2.55	2.30	2.27	1.91	1.91	2.00	2.02
1.48	1.08	1.16	1.83	1.06	1.42	1.44	1.62	1.41	1.05
r					0.02	0.31	0.22	0.27	0.36
r					0.40				

数値は上段：平均値 下段：SD

効果量 r ：大 (Large) =0.50, 中 (Medium) =0.30, 小 (Small) =0.10

r の上段はベースラインの平均値との比較、下段は4wの平均値の比較

(4回の平均)と動作法(1w, 2w, 3w, 4w)の一要因の分散分析を行った結果、有意な主効果はみられなかった($F(4, 54)=0.32$, $n.s.$, $f=.18$:効果量小)。次に、ベースライン(4回の平均)と動作法(4回の平均)について t 検定を行った結果、有意差はみられなかった($t(10)=1.21$, $n.s.$, $r=.36$:効果量中)。さらに、ベースライン(4w)と動作法(4w)について t 検定を行った結果、有意差はみられなかった($t(10)=1.40$, $n.s.$, $r=.40$:効果量中)。

2. 頭痛の強さについて

まず、週毎の頭痛得点を頭痛の頻度(頭痛出現回数)で割り、平均得点を算出した(Table.2)。ベースライン(4回の平均)と動作法(1w, 2w, 3w, 4w)の一要因の分散分析を行った結果、有意な主効果はみられなかった($F(4, 54)=1.63$, $n.s.$, $f=.40$:効果量大)。次に、ベースライン(4回の平均)と動作法(4回の平均)について t 検定を行った結果、有意差はみられなかった($t(10)=0.02$, $n.s.$, $r=.01$:効果量ほとんどなし)。さらに、ベースライン(4w)と動作法(4w)について t 検定を行った結果、有意差はみられなかった($t(10)=0.17$, $n.s.$, $r=.05$:効果量ほとんどなし)。

3. からだ・心の動き・援助者に対する感じ方について

「からだに対する感じ方」、「心の動きに対する感じ方」、「援助者に対する感じ方」について、それぞれ平均得点を算出し、因子毎の平均得点も算出した。からだ・心の動き・援助者に対する感じ方の各得点、各因子得点について、「週」を要因とした一要因参加者内分散分析を行った。その得点推移をTable.3、4、5に示した。

からだに対する感じ方得点では、「週」による主効果が有意であった($F(3, 30)=14.81$, $p<.01$, $f=1.22$:効果量大)。Bonferroni法による多重比較を行った結果、1週目よりも3週目・4週目、2週目よりも4週目で得点が上昇していた。因子別では、弛緩感・爽快感因子得点は、「週」による主効果が有意であった($F(3, 30)=13.21$, $p<.01$, $f=1.15$:効果量大)。Bonferroni法による多重比較を行った結果、1週目よりも3週目・4週目、2週目よりも4週目で得点が上昇していた。能動的活動感因子得点では、「週」による主効果は有意ではなかった($F(3, 30)=1.79$, ns , $f=0.42$:効果量大)。

心の動きに対する感じ方得点では、「週」による主効果が有意であった($F(3, 30)=12.11$, $p<.01$, $f=1.10$:効果量大)。Bonferroni法による多重比較を行った結果、

Table2 頭痛の強さ

ベースライン					動作法				
1w	2w	3w	4w	平均	1w	2w	3w	4w	平均
3.50	3.97	3.64	3.94	3.76	4.61	3.06	3.38	4.02	3.77
1.27	0.92	2.39	1.29	0.85	1.77	1.70	2.49	1.65	1.40
r					0.46	0.47	0.15	0.13	0.01
r					0.05				

数値は上段：平均値 下段：SD

効果量 r ：大 (Large) =0.50, 中 (Medium) =0.30, 小 (Small) =0.10

r の上段はベースラインの平均値との比較、下段は4wの平均値の比較

Table.3 からだに対する感じ方と各因子

	1w	2w	3w	4w	F値 (f)	多重比較
からだに対する感じ方	4.68 0.58	5.02 0.80	5.49 0.84	5.84 0.67	14.81** (1.22)	1w<3w=4w, 2w<4w
弛緩感・爽快感因子	5.14 0.69	5.58 0.94	6.10 0.76	6.51 0.56	13.21** (1.15)	1w<3w=4w, 2w<4w
能動的活動感因子	3.64 0.70	3.70 1.35	4.05 1.48	4.30 1.58	1.79ns (0.42)	

数値は上段：平均値 下段：SD

**p<.01

effectsize f : Large=0.4, Medium=0.25, Small=0.1

Table.4 心の動きに対する感じ方と各因子

	1w	2w	3w	4w	F値 (f)	多重比較
心の動きに対する感じ方	4.40 0.71	4.82 0.79	5.26 0.55	5.39 0.48	12.11** (1.10)	1w<3w=4w, 2w<4w
安心感・リラックス感因子	4.78 0.96	5.15 0.92	5.66 0.34	5.91 0.47	8.49** (0.92)	1w<3w=4w, 2w<4w
主体的活動感因子	3.39 0.68	3.94 1.10	4.21 1.39	4.00 0.97	2.34+ (0.48)	

数値は上段：平均値 下段：SD

**p<.01 +p<.10

effectsize f : Large=0.4, Medium=0.25, Small=0.1

Table.5 援助者に対する感じ方と各因子

	1w	2w	3w	4w	F値 (f)	多重比較
援助者に対する感じ方	5.66 0.34	5.97 0.51	6.24 0.31	6.48 0.42	12.49** (1.12)	1w<3w=4w, 2w<4w
親近感・相互受容感因子	5.59 0.37	5.94 0.41	6.23 0.37	6.41 0.43	12.35** (1.11)	1w<3w=4w, 2w<4w
開放感因子	5.80 0.54	6.11 0.68	6.34 0.36	6.59 0.49	6.05** (0.78)	1w<4w
明朗感因子	5.50 0.52	5.73 0.69	6.18 0.44	6.45 0.54	9.99** (1.00)	1w<3w=4w, 2w<4w
効力感因子	5.91 0.79	6.09 1.00	6.00 0.74	6.45 0.66	2.26ns (0.47)	

数値は上段：平均値 下段：SD

**p<.01 +p<.10

effectsize f : Large=0.4, Medium=0.25, Small=0.1

1週目よりも3週目・4週目、2週目よりも4週目で得点が高くなっていた。因子別では、安心感・リラックス感因子得点にて、「週」による主効果が有意であった (F(3, 30)=8.49, p<.01, f=0.92: 効果量大)。Bonferroni法による多重比較を行った結果、1週目よりも3週目・4週目、2週目よりも4週目で得点が高くなっていた。主体的活動感因子得点では、「週」によ

る主効果が有意傾向であった (F(3, 30)=2.34, p<.10, f=0.48: 効果量大)。

援助者に対する感じ方では、「週」による主効果が有意であった (F(3, 30)=12.49, p<.01, f=1.12: 効果量大)。Bonferroni法による多重比較を行った結果、1週目よりも3週目・4週目、2週目よりも4週目で得点が高くなっていた。因子別では、親近感・相互受容

感因子にて、主効果が有意であった ($F(3, 30) = 12.35$, $p < .01$, $f = 1.11$: 効果量大)。Bonferroni法による多重比較を行った結果、1週目よりも3週目・4週目、2週目よりも4週目で得点が高くなっていた。開放感因子得点は、主効果が有意であった ($F(3, 30) = 6.05$, $p < .01$, $f = 0.78$: 効果量大)。Bonferroni法による多重比較を行った結果、1週目よりも4週目の得点が高くなっていた。明朗感因子得点は、主効果が有意であった ($F(3, 30) = 9.99$, $p < .01$, $f = 1.00$: 効果量大)。Bonferroni法による多重比較を行った結果、1週目よりも3週目・4週目、2週目よりも4週目で得点が高くなっていた。効力感因子得点では、主効果が有意ではなかった ($F(3, 30) = 2.26$, ns , $f = 0.47$: 効果量大)。

IV. 考察

本研究では動作法により、弛緩感や爽快感、リラックス感などの心身の変化が頭痛の改善に役立ち、短期間の動作法の実施でも頭痛が改善するのではないかと仮説を立てた。しかし、弛緩感や爽快感、リラックス感といった心身の変化は4週で得られたが、頭痛の改善には至らなかった。

頭痛と因子との関連においては、「からだ」、「心の動き」、「援助者」に対する感じ方得点が有意に高くなっていた。しかし、からだに対する感じ方である能動的活動感因子得点と、援助者に対する感じ方である効力感因子得点の変化には有意差がなく、また、心の動きに対する感じ方である主体的活動感因子得点は有意傾向であった。

本研究において、援助者に対する感じ方の1因子である、効力感得点は1週目から平均5.91点であり、他のどの項目よりも高い得点を示していた。成瀬(2014)は、クライアントの不調について、「自分で治そうとしなければ、本当には治らない」と述べている。さらに成瀬(2014)では、動作法には意図-努力-身体活動という図式があり、その人の動作や体のありようは、その人の「こう身体を動かそう」と思う“意図”、実際にそのように動かそうと身体を動かす“努力”からなっていると言われている。以上のことを踏まえると、今回、頭痛の程度の減少に至らなかったのは、動作者に自分で自分の身体を動かしているという感じが少なく、援助者に“援助してもらっている”という、受身的な体験が影響していたと考えられた。

井上(2012)は、身体的な主訴を呈していない青年期を対象に行った2回の動作法実践で、自分で自分の状態を快にできたという自己コントロール感が出たと

報告している。また、井上(2001)の、身体的な主訴を呈していない大学生を対象とした5回の動作法実践では、自分の身体の感じに気づき、緊張をやわらげる方法を見出すと言う努力が3回目に見られている。一方で、池永(2012)は、身体に過緊張が入り痛みを訴えている動作者は、セッション2～3までは自分の動きに自信がなく動かしており、セッション6で、自分が動かしているという実感や、身体に入った不要な緊張を抜く体験を持てたと報告している。また、緊張が強く、頭痛などの身体症状を有している不登校児に対する鶴(2007)の動作法実践の報告においても、“セッション1～3は動かせないからだを手掛かりにして自分のからだを実感する体験”と述べている。痛みを呈している動作者よりも、痛みを呈していない動作者がより早く自己コントロール感を得ている上記の内容から、本研究においても、4週間という期間は自分の身体を実感する期間であり、痛みの改善にはさらに時間を必要としたことが推察される。また、本谷・松岡・坂野・小林・森若(2009)は、頭痛の慢性化した患者は、痛みに対する破局的思考(痛みに関する体験を否定的に捉えてしまう考え)から、活動が低下しやすく、痛みに対して自分は無力であるというネガティブな思考から、痛みを慢性化させてしまいやすいと述べている。本研究においても対象者は、臨床動作法の体験において、4週間という期間では自分の身体を実感することにとどまり、自分で自分の身体の痛みや緊張に対処しているという感覚までは持ちにくかったため、頭痛の程度の改善に結びつかなかった可能性がある。

福田・池田(2019)は、頭痛のある女性はそうでない女性に比べて、過剰適応度が高くなっていたと報告し、過剰適応度の高い者は、人からどう見られているかを場面問わず気にしたり、そのことを考えて自分を抑制するなど、対人緊張が強い傾向にあると述べている。本研究で調査した開放感因子は、“援助者が動作者にとって自由で開放的であると感じられていること”であるが、上記のような対人緊張の強さから、自らの緊張を援助者に投影した可能性も考えられた。本研究で調査した開放感因子は、“援助者が動作者にとって自由で開放的であると感じられていること”であるが、上記のような対人緊張の強さから、自らの緊張を援助者に投影した可能性も考えられた。

成瀬(2000)は、動作法における援助者と動作者の在り方について、身体運動を挟んだ両者間の情報のやり取りが、直接的かつ即時的に対応できやすいというのが動作法の特徴であると述べている。その過程の一

瞬や、その動きのひとまとまりごとに、両者間の共同注意や共通努力、相互コミュニケーションが行われ、協力作業、相互理解、相互信頼が生まれて、動作者が援助者に身を任せやすくなる。鶴(2007)や池永(2012)の事例においても、最初、クライアントは緊張がとても強い様子で、援助者に身を任せることができずにいたが、次第に力を抜けるようになり、援助者とスムーズなコミュニケーションをかわせるようになっていく様子が報告されている。本研究において、開放感因子が、4週目で高くなっており、そういった対人緊張が頭痛の低減を妨げた一因であると思われる。本研究の結果と成瀬(2000)、鶴(2007)や池永(2012)を併せて考えると、頭痛の改善に対しては、自己コントロール感が影響を与えている可能性が推察された。臨床動作法の介入期間においては、短期間で効果をあげているものが複数報告されていたため、4週間と設定したが、自己コントロール感を得るためには4週間では不十分であることが示唆された。臨床動作法の実施により、最初の4週間では弛緩感・リラクセスがまず現れ、その後、自己コントロール感が現れ、その先の結果として、身体症状の軽減が得られる可能性が考えられた。大場・山崎(2015)は、動作を用いたリラクセーションは、体をリラクセスさせる働きだけでなく、自分で自分の体を変えるという体験を通して、自分が変われるという希望をもつようになると述べている。頭痛のある者の援助の選択肢として動作法を用いるとするならば、援助者との相互的なやりとりをかわしながら、筋緊張を弛め、頭痛そのものにアプローチしていくと同時に、もし頭痛が起こったとしても、自分はそれに対処できるという自己コントロール感を与えていける援助をすることが有用であると考えられた。

今後は、臨床動作法で頭痛に対処できる自己コントロール感を感じるまでにはどのくらいの期間や回数が必要であるのかを、対象者数や介入期間を増やし、検討することが必要である。また、本研究では対照群を設けられず、ベースラインとの比較で検討したため、頭痛無群・片頭痛群・緊張型頭痛群などを設けて比較検討することが必要である。さらに、本研究では服薬群・非服薬群を分けて検討していないため、服薬の有無も合わせて検討することが必要である。

V. 引用文献

- 福田俊介・池田浩之(2019). 緊張型頭痛と過剰適応の関係—対人ストレスへの対処を観点として—. 発達心理臨床研究, 25, 67-76.
- 橋詰勝敬・都田淳(2016). 初心者・心理職のための臨床の知 ここがポイント!〜病態編〜 第9回 頭痛. 心身医学, 56, 833-838.
- 平野銘子・二宮昭(2007). 動作法体験を通じた中学生の「生きる力」の変容—自体感・無気力感からの検討—. リハビリテーション心理学研究, 33, 37-50.
- 平野銘子(2010). 中学生を対象としたリラクセーション体験—1回の実践による効果—. リハビリテーション心理学研究, 37, 41-52.
- 池永恵美(2012). 卒業期の課題に直面して不安感が高まった女子学生との動作面接. リハビリテーション心理学研究, 38, 73-84.
- 井上久美子(2001). リラクセーション課題を通してのからだ・心の動き・及び援助者への気づきに関する研究. リハビリテーション心理学研究, 29, 23-36.
- 井上久美子(2012). 青年期を対象とした身体感覚への「気づき」を促す動作法実践の試み. リハビリテーション心理学研究, 39, 33-45.
- 菊地裕絵・吉内一浩・宮坂菜穂子・熊野宏昭・久保木富房(2005). Ecological Momentary Assessment法を用いた緊張型頭痛に対する自律訓練法のランダム化比較試験(経過報告)(第100回 日本心身医学会関東地方会演題抄録) 心身医学, 45(12), 946.
- 菊地裕絵・吉内一浩・赤林朗(2008). 緊張型頭痛に対する自律訓練法のランダム化比較試験: 追跡評価に関する検討(頭痛, 一般口演, 情動ストレス研究の進歩と心身医学, 第49回日本心身医学会総会ならびに学術講演会) 心身医学, 48(6), 533.
- 本谷亮・松岡紘史・坂野雄二・小林理奈・森若文雄(2009). 緊張型頭痛患者の痛みに対する破局的思考と痛みに対する恐怖が日常生活への支障に及ぼす影響. 心身医学, 49, 1193-1200.
- 本谷亮(2018). 企画シンポジウム: 痛みへの心身医学的治療—未来に向けて何が必要か— 緊張型頭痛に対する認知行動療法. 心身医学, 58, 411-417.
- 成瀬悟策(2000). 動作療法—まったく新しい心理治療の理論と方法. 誠信書房.
- 成瀬悟策(2001). リラクセーション 緊張を自分で弛める法. 講談社.
- 成瀬悟策(2014). 動作療法の展開—ところとからだの調和と活かし方. 誠信書房.
- 大場信恵・山崎由紀(2015). 特集2・不登校と子どもの体 動作に表れる子どもの不調 臨床動作法の立場から. 教育と医学, 63, 422-429.
- Sakai, F., Igarashi, H. (1997). Prevalence of migraine in

- Japan: a nationwide survey. *Cephalgia*, 1, 15-22.
- 佐藤安子・池田裕・松村浩 (1988). 集団自律訓練によって気づきを深めた筋緊張性頭痛の1症例について (第11回日本心身医学会近畿地方会演題抄録) *心身医学*, 28(2), 181.
- 鶴光代 (2007). 臨床動作法への招待. 金剛出版.
- 吉内一浩・菊池裕絵・赤林朗 (2006). 緊張型頭痛 小牧元・久保千春・福上審 (編) *心身症診断・治療ガイドライン* 協和企画, pp. 206-22.
- 吉内一浩・菊池裕絵・赤林朗 (2010). 特集頭痛の心身医学. *心身医学*, 50(9), 811-815.

付 記

本論文は、第1筆者の2019年度修士論文内容の一部を筆者らが改めて論文化したものである。九州大学人間環境学研究院准教授の古賀聡先生には、本研究の動作課題の設定にあたり、大変お世話になりました。感謝申し上げます。

(2020. 11. 24原稿受付 2021. 3. 7掲載決定)