

# 受動的音楽療法の意義

— マインドフルネスの視点から —

國吉 知子 (人間科学研究科教授)

十河 治幸 (十全第二病院)

## I. はじめに

音楽療法に対する一般的なイメージは、楽器や歌を使った活動的な療法というのがまず先行するのではないだろうか。そして次に挙げられるのが、音楽を聴取してリラックスする方法、おどろばに言えば、この2つが音楽療法の方法論である。前者は能動的音楽療法、後者は受動的もしくは受容的音楽療法と呼ばれる。ただ国内外を問わず音楽療法の主流は能動的音楽療法である。文献数や関連学会での口頭発表等の数を概観しても、能動的セッションを採用したものが多数を占める。この点については、実施者側の特質や指向性も考えられるが、「対象者(クライアント)の適応範囲」と「音楽の使い方」による違いではないかと思われる。

「対象者の適応範囲」については、能動的セッションの場合児童から高齢者まで幅広い年齢層に向いており、障害についてもその軽度、重度は影響するが、対象の障害の程度(適応)に合わせた方法選択が可能である。一方、受動的セッションでは、対象者は限定される。受動的(受容的)音楽療法は聴取型もしくは鑑賞型のセッションであるため、その特質上、基本的には楽曲を決められた時間、最後まで聴くという態勢を求められる。そういう意味では自製のコントロールが困難な児童や認知症等の対象者には不向きとなる。この点はブルシア(2001, 生野訳)も「聴くという経験の候補となるクライアントとは、音楽を自分の中に取り入れるのに必要な注意力や感受性をもって、音楽に特定のな方法(たとえば、分析的、投影的、身体的、感情的、靈的)で反応することによって、療法的な利益が得られる者である」とし、対象者を限定している。対象者を限定することは、セラピスト側の治療範囲が狭められる点から、能動的セッションを優先するものと考えられる。

「音楽の使い方」については、能動的セッションの場合、即興演奏や既製曲でも生演奏で行うことが多いのに対し、受動的セッションでは生演奏より録音された音楽を利用してのセッションが多い。能動的セッションでの音楽は、クライアントに合わせたその場その場で変化する自由度の高い音楽で、言語的コミュニケーションが困難なクライアントには、セラピストによる生の音楽や音が直接クライアントに訴えかける。それにクライアントは言語、もしくは非言語的な反応を返す。一方の受動的セッションの音楽は録音音楽を使用することが多く、クライアントのその場での変化に合わせる事が難しい。特にグループの場合はさらに選曲の幅が狭まる。こういった理由から受動的セッションより能動的セッションが優先されるのは必然といえるかもしれない。では受動的セッションでの音楽の役割は何であろうか。

筆者の國吉と十河は、それぞれが受動的音楽療法を実践する中で、それが一般的な効果、音楽を聴いてリラックスするだけに留まらない「受動的観察力」を促進するものであること、不安や「自己注目」の低減効果もあることなどを示してきている(國吉, 2006: 2012)。そこで本稿では、受動的音楽療法を取り上げ、その方法論や効果について述べるとともに、その可能性について検討する。特に、認知行動療法と関連するマインドフルネスと受動的音楽療法の方法論における共通性についても考察する。

## II. 受動的(受容的)音楽療法について

### 1. 受動的音楽療法の定義

受動的もしくは受容的音楽療法は、Receptive Music therapy を訳したもので、前述の能動的音楽療法(Active Music therapy)と合わせて音楽療法を二種類に大別したのはシュヴァーベ(Schwabe, C.H.)であるとされている(日野原・村林, 1998)。

「受動的」と「受動的」という訳語に関しては特に説明した文献等はなく、明確な違いはない。「能動的」音楽療法に対する「受動」という言葉が当てられたと考えるのが無難である（この「受容」、「受動」の訳語について、著者十河の見解としては、音楽に対して受身であるというニュアンスの強い「受動」より、受け入れて取り組むという意味と芸術などの鑑賞・享受という意味を併せ持つ「受容」という言葉の方が適切ではないかと考える。しかしながら「受動」が、多くの書物や文献で多用されていること、またカウンセリングの「受容」との混同を避けるため、本稿では「受動的」の訳語を使用する。）

受動的音楽療法の定義について、適切に表したものは少ないが、ブルシア（2001、生野訳）の「受動的経験」の定義が最も理解しやすい。「クライアントは音楽を聴き、その経験に対して沈黙、言葉、または他の表現方法で反応する。使われる音楽は、生か録音の即興演奏、クライアントか療法士による作曲、さまざまな様式（たとえば、クラシック、ロック、ジャズ、カントリー、スピリチュアル、ニューエイジ）の音楽作品の市販の録音などである。聴くという経験によって音楽の身体的、感情的、知的、美的、または霊的な面に焦点を当てることができ、クライアントの反応は、その経験の療法的な目的によって設定される」としている。

## 2. 受動的音楽療法の方法

受動的音楽療法の方法は大きく2つに区分できると思われる。1つは、体感音響装置等を用いて、身体に音楽による振動を与えながら聴かせたり（篠田、1998）、そこでの生理的な反応や精神的な反応を数値化する実験的方法で、セラピストの介入はない場合が多い。2つ目は、あらかじめ決められた楽曲を聴取し、その楽曲に対していただくイメージや身体に感じたことを聴取中もしくは聴取後にフィードバックし、セラピストとクライアント、グループではセラピストと参加メンバーとシェアする心理療法的方法である。我が国の受動的音楽療法の割合では、前者の実験的方法が圧倒的である。この点は音楽療法に限らず、エビデンスが求められる昨今、音楽療法においてもエビデンスを出すことが良しとされるようになり、その意味では、質的研究より実験

的方法を伴う量的研究の方が数値化することで説得力があるとされることによる。

一方の心理療法的な方法は、セラピストとクライアントとの音楽を媒介にした言語的なやりとりが特徴である。既に外国では確立した受動的音楽療法として、GIM (Guided Imagery and Music, 以下GIM) とRMT (Regulative Musiktherapie) の2つが挙げられる。GIMは音楽によるイメージ誘導法で、ヘレン・ボニーによって作成された。ヘレン・ボニー自身によるGIMの定義は、「創造性、治療的な関わり、自己への理解そして宗教的（霊的）体験を目的として、イメージ、象徴あるいは感情を引き出すために、リラックスした状態で音楽を聴く一つの技法である」とされる。GIMは、セッション中、変性意識状態を扱うことやGIMテクニックが他の音楽療法とは別に免許制になっており、指定されたコースをマスターした人だけが使用を許されることになっている。その理由から本邦の論文でGIMセッションを実践し、その内容や効果について掲載されたものは皆無に等しく、ここでは紹介に留める。

もう一つの手法、RMTについては、我が国でも少数ながら継続した研究報告がある。

RMTの実践については、森平による学生相談室での研究報告がある（森平、2003）。森平の報告では、人前での緊張が高く、あがり症で9年間苦しんできた男子学生に対し、4ヶ月のグループRMTを行い症状が緩和されたとしている。また、國吉は大学生対象にRMTを継続的に実施し、その効果を質問紙およびインタビュー調査を通して考察（國吉、2004a, b）したRMT短縮版（10回法）を考案し、その効果についての検討を行う（國吉、2006）とともに、自己没入傾向の改善効果を報告（國吉、2011）、さらに、生理学的指標も取り入れ、RMTによるストレスの改善が見られたことについても報告している（國吉、2012）。

一方、十河は臨床現場においてRMTに加え、独自の受動的音楽療法を実践している。精神科デイケアや地域活動支援センターに通所し精神疾患をもつ外来患者を対象に、気分プロフィール検査（POMS）を楽曲聴取前後に実施し、聴取後、楽曲について感想や気分変化についてもシェアリングの中で語ると

いう手法をとっている。特徴として聴取前には筆記にて、いま聴きたい音楽のテンポ、リズム、楽器の種類、作曲家、具体的な楽曲名をクラシックに限定しないで書いてもらう。これは同質の原理（最初に用いる音楽は、患者の気分とリズムに同質の音楽であるべきとする考え）に基づく手続きであるが、参加者が自分の今の状態に気づき、意識化することに役立つ。聴取後は聴取した楽曲の好悪、既知か未知か、感想やイメージ等気づいたことを書いていく。その後シェアリングで書かれた内容をもとにフィードバックする、以上が特徴である。この方法は、他の受動的セッションが主に言葉だけのやり取りであるのに対し、筆記と口頭での自己表現という点で、各患者の状態やペースを尊重する方法として意義があると考えられる（十河、2006）。

以上、受動的音楽療法について概観したが、今回は特に、その中のRMTについて、その方法論やプロセスについて具体的にみていきたい。

### Ⅲ. 調整的音楽療法（RMT）について

調整的音楽療法（Regulative Musiktherapie：以下RMT）とは、シュヴァーベ（1979）により開発された音楽療法の一技法である。これはクラシック音楽を刺激として用い、一定のプログラムに沿って継続的に音楽聴取を行い、その間、独自の意識の用い方を実践することで、内的な変化を生ぜしめるものである。RMTは、一般的に集団で実施されることが多く、音楽という刺激を「受け容れ、受け流す」という作業を通して、外界に対する認知や知覚の過敏性を変容させることで、対人恐怖や不安といった神経症的諸症状の改善を図る一種のトレーニング効果をもつとされる。次にRMTの原理について説明する。

RMTの原理については、実際にRMTを大学の学生相談室で導入し実践している森平（2003）の説明が簡潔でわかりやすい。森平は「この音楽療法は、良い音楽を聴いて、リラックスするというだけに止まらない特別な方法である」とし、一般的にイメージされている音楽を聴いてリラックスするという簡易なものではないことを強調している。原理について、心の中に解決されていない葛藤状態があると、精神的・身体的に誤った緊張が生じ、それは集

中力の障害、絶え間ない緊張や不安や動揺、不全感などの形で現れ、仕事を効果的に行ったり、余暇によって心身の疲労を回復したりすることを妨げる。また不眠、肩や首などの筋肉の痛み、消化障害、心臓の痛み、頭痛、めまい、冷え性などの循環器系の障害も引き起こす。RMTでは、その誤った緊張状態を音楽の力を利用して適切な状態に調整する。誤った緊張状態を引き起こす原因となっている心のなかの葛藤そのものを解決しようとするわけではないが、誤った緊張をなくす訓練を続けているうちに、自分のなかにある問題や葛藤を距離をおいて眺められ、それらにとらわれなくなることができる。カウンセリングのように問題や葛藤そのものについてここで話す必要はない。ただし誤った緊張を調整することができるような行動を習得する、そのための訓練がRMTであるため、一定の期間、規則正しく行う必要がある。セッション回数の目安は通常約20回とされ、20回のセッションは4段階から成り、段階的に習得できるようにプログラムされている。この段階によって、使用する楽曲が異なっている。1段階に当たる「第Ⅰ期」では、テンポがゆっくりで鎮静的な音楽（例えば、モーツァルト作曲ピアノ協奏曲第23番の第2楽章）が用いられる。2段階は「移行期」で、鎮静的な音楽に引き続き活性的な音楽を流す（例えばモーツァルト作曲ピアノ協奏曲第23番の第2楽章と第3楽章を続けて聴く）。3段階は「第Ⅱ期」とされ、テンポが速くメロディのコントラストの大きい活性的な音楽（例えばベートーベン作曲交響曲第6番「田園」第1楽章）が用いられる。4段階は「第Ⅲ期」で、第Ⅱ期の楽曲よりさらに活性的でなじみの薄い旋律や不協和音が使われている音楽（例えばストラヴィンスキーの三楽章の交響曲第2楽章と第3楽章）を用いる。各段階の楽曲はシュヴァーベによって指定された楽曲である。各段階をどのタイミングで終わらせるかは、後述する「意識の振り子」の習得度合によるが、おおむねセラピストの判断に委ねられている。その目安として森平は「グループメンバー全員が、音楽によってリラックスできるようになること、注意を向ける三つの領域を理解すること、受動的に注意を集中すること、振り子のように注意を動かすことができること」を挙げている。この中の三つの領域とは、1：

音楽、2：身体感覚、3：思考（感情・気分）である。注意を向ける順番も長さも決める必要はなく、好きなようにその3領域を振り子のように動かす（「意識の振り子」）。無理に動かそうとしたり、集中しようと意識することは特にしない。楽曲聴取中は軽く眼を閉じ楽な姿勢をとる。そして前述した3領域に意識をまんべんなく動かす。この「意識の振り子」がRMTの要である。楽曲聴取後は参加した全員で体験したこと、イメージしたことを語り合い「シェアリング」を行う。以上がRMTの流れである。

このRMTという技法は、参加者に演奏を行わせないという点で、参加者への負担が比較的少ない音楽療法であり、同時に必ずしも音楽の専門家ではない心理臨床の専門家にとって扱いやすい音楽療法である（國吉，2004）。

#### IV. RMTの臨床事例

##### 1. 実施概要

ここでは精神科デイケアでの集団によるRMTの3ヶ月間の経過について紹介する。十河は音楽療法士、カウンセラーの立場で精神科デイケアに所属している。音楽療法の導入はデイケアに通所するメンバー（クライアント、以下メンバー）のリラクゼーションはもとよりこだわりが強く、不眠など生活に支障のある方へのフォローを目的としてなされた。参加は任意でグループによるRMTグループを設定している。構造は週に1回、60分とし、楽曲聴取後に「特性不安」と「状態不安」の2種の不安を測るSTAIを任意で実施。聴取後には楽曲の好悪を5段階（好き・やや好き・どちらでもない・やや嫌い・嫌い）で、また「気づいたことや音楽を聴いての感想やイメージを自由にお書きください」と記した用紙に記入するよう指示した。全員が書いたことを確認した上で用紙を回収し、RMT後、その内容をもとにグループ全体でシェアリングを実施した。

##### 2. 事例の概要と経過

本事例のクライアントは、3ヶ月間（12回）継続参加した50代女性Aで、疾患名は統合失調症である。慢性的統合失調症で、現在状態は落ち着いているが、休養のための入院を年に1回程している。A

は自身の娘との距離感に悩み、別居しているにも関わらず娘の声の幻聴や金銭を借りにくるのではないかと不安をかかえていた。

＃1：初回のセッションでは、RMTの効果に期待を寄せながらも、うまく注意を分散できず戸惑っている様子がかがえた。感想では「音楽だけを聴いてしまって、からだには集中できなかった。気分は音楽からちょっと暗いと思ったけど慰められた感じ。（注意を）三つに分けるのは難しい」。楽曲はモーツァルトのピアノ協奏曲23番2楽章）

＃2～＃4：やや疲労感を表しながらも自ら参加。感想には「今日はBGMとして聞き流してしまって、全く集中できなかった」。楽曲は1回目と同様。3回目、4回目もモーツァルトのピアノ協奏曲23番2楽章を聴取。）やはり「注意の分散は難しい」としながらも腰の痛みと音楽のイメージ、「曲はなんかの儀式のように感じた」と三領域の意識ができつつある（＃4）。

＃5：「今日の曲ははじめて聴く曲だったからイメージがわかなかった。ちょっと長く感じて眠たくなった」と初めての楽曲だったため、音楽に注意が向けられて他の気分、身体には意識が向かなかったとシェアリングで語った。（楽曲はモーツァルトのバイオリン協奏曲3番2楽章。この楽曲は6回目から9回目まで選曲した。）

＃6：「またはじめて聴く曲だった。今日は椅子が合わずお尻が気になって仕方がなかった。音楽は好きな曲で、きれいな曲だと思いながら聴いた」。気分については聴取後の今はすっきりした感じだが、聴取中の気分については覚えていないと述べた。楽曲が前回と同じ曲であることを指摘すると笑いながら「えっ、本当？わからなかった」と他の参加者に同じ曲であることがわかったか確認をしていた。

＃7：「前と同じ曲だったと思うけど自信ない。バイオリンだったと思うがこの曲は特徴がつかみにくい。今日はそればかり気になって音楽に集中した。それでちょっといらいらする気分があった。体は注意があまりいかなかった。」と記述。

＃8：聴取後笑いながら「今日は（前回の曲と）わかったよ。でも前より寂しく感じた。体も意識を向けたけど、特にどこも感じなかったから音楽にもどした」。「また同じ曲でした。でもなんか新鮮に聞こ

えるから不思議。昼の陽気な天気の中で昼寝をしているイメージ。心地よくて眠たくなった。退屈ではないけどまったりした感じ。」という筆記による感想とイメージ。

(その後のフォローアップで、本人から、#8の後、家にいて娘から電話があり楽しく話げできたこと、ただその電話で娘の元夫が孫をAに会わせないようにしてほしいと頼まれたと聴き混乱。電話を切った後もそのことが気になって仕方がなくなった。しかし、その時に音楽療法のことを思い出し、好きな音楽を聴いてセッション中と同じように意識を変えていくと気持ちがおさまったという報告がなされた。Aの場合、継続参加ができていたことや比較的早い段階から三領域への意識の振り子が自然体でできていたこともあり、日常生活においてもうまく導入できたと思われる。)

#9: 9回目からは次の段階である「移行期」に進んだ(楽曲はモーツァルトのピアノ協奏曲23番2楽章と続けて第3楽章を聴取)。筆記内容は、「最初の曲は前聴いたことがあるような印象がある。寂しげな感じ。次の曲はせわしい感じで追いかけてっしているイメージ。ちょっと長く感じた」。シェアリングで、身体は全体的にだるさを感じたがそれ以外は特にないとのことだった。

#10: 10回目はやや倦怠感のある表情が見える。「最初は眠くてうつらうつらしながら聴いてしまったが、後半はなんとか目が覚めた。昨日はあまり寝られていないから今日はBGM的に流した。イメージはなし」という感想。

#11: 「曲の流れがわかってきたことで余裕ができた。体は特に気になるところはなく流せた。音楽もなにげに聴いてしまったところもあった。」

#12: 「またこれまでと違う印象で聴いていた。最初より後の曲の方が気持ちよく爽快だった。今日は元気だからか。気分は最初寂しい感じでせつない感じも。後の曲は漫画のトムとジェリーのイメージが出て気持ちはわくわくした。」

### 3. 事例についての考察

Aさんにはこの12回で一区切りをつけ、振り返りをしたいことを伝え、STAIの結果も含めフィードバックを行った。(RMTはその後も継続中。)

今回報告した12回では一見それほど大きな変化は見られていないが、感想の内容からは、徐々に音楽刺激に対する余裕が生まれ肯定的内容に変化していることがうかがえる。筆者はAさんを9回目から移行期に進めた。これは8回目の終わりに本人が日常生活において自発的にRMTを試し、意識を転換するのに成功したという理由からである。実際、Aさんにとって移行期へは問題なくスムーズにはこんだと筆者は考えており、その後も継続中である。ここではAさんのSTAIの結果について検討する。12回中2回分は欠損値があったため10回分の平均を取り比較を行った。

特性不安の平均は聴取前46から聴取後43とわずかに減少。状態不安の平均は聴取前41から聴取後32へと大幅に減少した。つまりAさんの場合RMTにより状態不安は減少するが、特性不安には影響がなかったことがうかがえた。この結果は國吉(2005)の調査でRMT初盤と終盤の比較で特性不安に有意差が見られず、状態不安のみ有意に低減したという結果とも一致する。よって、RMTの状態不安への低減効果を再度裏づける結果となった。RMTは通常約20回のプログラムで構成されるが、今回のAさんのケースは(1事例ではあるが)、比較的早い段階から「意識の振り子」は習得できていたようであった。國吉(2006)は週1回計10回で終了するRMT短縮版を考案したが、今回の事例の経過からも、やはり10回程度の実施でも相応の効果はあると思われる。ただ先に述べたように、RMTが誤った緊張を調整する態度習得のための訓練であるという意味では習得までの個人差があるのは否めず、セラピスト側の適切な判断が重要であると考えられる。

以上、十河によるRMTの事例について検討したが、その他のRMT研究についてもいくつか挙げ、その効果についてみていきたい。

### 4. RMTの効果について

森平(2003)は「音楽に注意を向けるということは、それによって注意が自分の身体や自分の考えなどから離れる、すなわちとらわれからの離脱が行われる」こと、またシュヴァーベの物事を生起するままに放っておくという態度を引用し「現実のあらゆる快・不快な精神的知覚、あるいは音楽や外の外

的刺激の影響に対して、期待をもたず、自己を開示しそれに自己をゆだねる能動的態度の実現」をする、その態度を導入したのがRMTの「意識の振り子」であるとしている。國吉もRMTには意識の用い方の学習効果が認められること、またSTAIの変化から、不安を恒常的に軽減するものではなく、音楽・身体・気分（感情）の3つの領域に意識を偏りなく向け続ける訓練を習得することで、不安や不快な気分が生じてもそれらを適切に自己調節できるようになるものと指摘している（國吉, 2004a）。またその意識の動かし方を習得したことにより、自己コントロール感が高まったこともインタビュー調査から報告されている。さらに國吉は「意識の振り子」が、特に思考への意識の偏りを改善し、身体への気づきを増大する傾向があること、さらに問題に捉われる傾向が改善したという内省報告をもとに、自己に注意を向けやすく、自己へ向いた注意を維持しやすい傾向（自己没入傾向）がRMTによって改善される可能性についても見いだしている（國吉, 2011）。

以上、RMT研究から得られた効果について概観したが、その中で「不安や不快な気分が生じてもそれらを適切に自己調節できるようになる」、「自己コントロール感」、「とらわれからの離脱」、「音楽や外の外的刺激の影響に対して、期待をもたず、自己を開示しそれに自己をゆだねる能動的態度」は、マインドフルネスの観念と一致するのではないかと考えられる。

## V. マインドフルネスについて

マインドフルネスは、近年注目されるようになり、認知行動療法の第三の波とされている。マインドフルネスとは、「今の瞬間の現実常に気づきを向け、その現実をあるがままに知覚し、それに対する思考や感情にはとらわれないでいる心の持ち方、存在のあり様」（熊野, 2011）であるとされる。通常対象を知覚する時、ほぼ自動的に解釈したり評価する思考が起り、それと同時に好き、嫌いなどの感情も加わった上で認識が成立している。しかしその解釈、評価、感情のほとんどが個人的なバイアスに由来しているため、現実をありのままに知覚する

ことは簡単ではない。つまり思考や感情は、現実や自分そのものではなく、心の中の一過性の出来事に過ぎないが、そういったものが自分と対象との間に割り込んでくるために、対象をあるがままに体験できなくなり、そのことが誤解や苦しみを生む原因になっている。精神科での神経症やうつ疾患をもつ人の生き辛さは、まさにその個人的なバイアスによる思考や感情に気づいていないことによるものであると考えられる。

カウンセリングでもそのテーマとなる問題点は、過去の出来事がトラウマ記憶となり、それがきっかけで今後のことつまり将来についても不安で生きていく自信がなくなり、ついには死にたいという観念に結びついてしまう場合もある。熊野（2007）も指摘するように「余分な思考や感情が、過去か未来からしかやって来ないという事実。色々考えるのは、過去の体験を思い出してあれこれ思い悩んだりするか、未来に対する心配や期待をしているかのどちらかであって、今の瞬間にはそもそも思考の題材がない」とし、そこで「今の瞬間の現実常に意識を向けるようにし、それでも余分な思考や感情が生まれてきたら、それを自覚しつつまた今の瞬間に意識を戻すようにするという繰り返し作業を行うことが必要」としている。さらに、マインドフルネスの実現には、常に今の瞬間を意識するように練習を繰り返すことが必要であることを強調している。実は、この「常に今の瞬間を意識する」という点は、RMTの目的や考えにまさに一致している。そこで、次にマインドフルネスとRMTを含む受動的音楽療法との共通性を検討してみたい。

## VI. 受動的音楽療法とマインドフルネスとの共通性

受動的音楽療法の本質を考えると、「気づき」という言葉に行き着く。受動的音楽療法においては、刻々と変化する音楽刺激に晒されつつ、その音楽刺激を次々に受け入れる中で、心身に刻々と生起するさまざまな変化に気づくことを余儀なくされる。例えばRMTにおいては、その要となる「意識の振り子」を行うなかで、まず「音楽」を意識し、その楽曲に対する好きか嫌いといった「気分（感情・思考）」での気づき、嫌いならなぜ嫌いなのかという

問いに、例えば「音楽」に意識を移すとバイオリンの高音が嫌であることに気づく。高音が嫌であることに気づくと「身体」に意識を移し、その音が耳につくことに気づく、といった気づきの連続が生まれる。「意識の振り子」が三つの方向に注意を往き来させることができるようになれば、それまでもって各自のとらわれから離脱することができる。國吉(2004a,b)の研究でも「意識の振り子」の習得により、「受動的観察力」が高まり、不安や不快な気分が生じてもそれらに気づくことで脱中心化が図られ、適切に自己調節できるようになることを報告している。十河(2006)は受動的セッションの中で楽曲聴取後に筆記による感想やイメージをセラピストが口頭で読み、音かれた内容についてセラピスト、そして他の参加者とシェアしあうが、ここにも気づきを意図した目的があった。音楽聴取後に感想やイメージを書くねらいは、体験による自身の思いやイメージを脱中心化することにつながる。書くことにより、音楽聴取を通して体験した内容を自身で確認(気づき)しながら、適切な言葉や表現を吟味しつつまとめていく。その内容をセラピストに読みあげられることで、自身の体験に直面する。これら一連のプロセスを通して、参加者は自己への気づきを深めていく。音楽という抽象的な媒体、特にクラシックで標題がついていなければなおさらであるが、様々なイメージや感想が出される。その中で共通したイメージが見出され、共感する。逆に全く考えにも浮かばなかった内容については、それをどのように受けとめるかが各参加者の課題となる。そこでのセラピストの役割としては、どのようなクライアントによるイメージもそのまま受け容れることに尽きる。それがモデルとなり、クライアントも好き嫌いではなくいろいろな受けとめ方があっていいことに気づく。それが重要である。そしていろいろな受けとめ方を許容しているのが音楽である。

受動的音楽療法において、音楽は枠であり、クライアント側からは影響を及ぼすことができない場合が多い。特に録音音楽の場合は、一旦再生すると途中で自分が演奏を変えることはできない。テンポが速くても遅くても、演奏が好きでも嫌いでも終わりまで聴かなければならない(セッション中の退出は自由であるが)。ここにも気づきを高める要素があ

る。能動的セッションの場合、セラピストの奏でる音楽や音はクライアントに合わせ、クライアント自身の演奏や歌も自身のコントロール下で止めたり始めたりできる。一方受動的セッションの場合は自身を相手(音楽)に合わせるか、諦めるかという選択が求められる。この点は森平(2003)もRMTでの音楽と参加者との関係のあり方が非常に大きな意味をもつとし、RMTの過程は、参加者が音楽との関係の持ち方を工夫するプロセスであるとしている。RMTでの音楽も自分を取りまく他者やストレスにもなり得る環境、自分の抱える問題などの役割を果たしており、音楽が自分の働きかけによって変化することは決してないことに気づかされる。その結果、クライアントは、自分が対象である音楽との関係の持ち方、つまり知覚の仕方や体験の仕方を変えれば良いということに「気づく」のである。

マインドフルネスに視点を移そう。マインドフルネスも元々は仏教におけるパーリ語の「サティ」という言葉の英訳で、日本語では「気づき」と訳されている(熊野, 2011)。さらに「瞬間瞬間、立ち現れてくる体験に対して、今の瞬間に、判断をしないで、意図的に注意を払うことによって実現される気づき」であると説明されているが、「体験に対して、今の瞬間に、意図的に注意を払うこと」と、「判断しないで」という二つの要素が含まれていることは、マインドフルネスという心のもち方を理解するうえで参考になる。マインドフルネスで繰り返し使われるのが「気づき」、「あるがまま」、「とらわれない」という3つのフレーズであるが、これらは受動的音楽療法(特にRMT)において繰り返し用いられてきたフレーズである。つまり受動的音楽療法では、マインドフルネスの考え方を既に先んじて取り入れ、すで実践してきたと言える。そもそもRMTはシュヴァーベが禅を参考に考案したものであり、マインドフルネスも禅におけるヴィパッサナー瞑想がベースである点から、共通点が多いのは当然であると言えよう。

今回は受動的音楽療法とマインドフルネスとの共通性について述べてきたが、マインドフルネスでは「自己概念や自己イメージはすべて一時的なものに過ぎない」とされる。どの自己イメージにも良い、悪いはなく、自己イメージはかりそめに過ぎないと

考える。いわば不安には始まりがあってピークがあり、ピークが過ぎれば消えてしまう。そして元の穏やかな状態に戻っていくように、自己イメージと自分はイコールではなく、“一過性のメンタルイベント”に過ぎない。これは受動的音楽療法について考えるうえで非常に参考になる。なぜなら、音楽もまた一方所に留まり続けるものではなく、一瞬一瞬に生起しては次々に消えていく“一過性の音の連続体”という特質を持つがゆえである。すなわち、刻々と変化する自己を「観察」し「感じる」時、同じように推移する音楽刺激に着目し、手がかりとすることは、マインドフルネスで言う「自己」を観察するうえで「音楽」が一つのメタファーとしての役割を果たすと言えるのではないだろうか。その意味で、「音楽刺激」という枠に自分を合わせることを求められる受動的音楽療法は、まさに「自己」（あるいは「他者」）とのつき合い方に気づき、調整していくうえで非常に有効な技法になりうるのである。

## VII. おわりに

受動的音楽療法を実践する中で、筆者らはマインドフルネスとの接点を見出した。國吉、十河は実践場所も内容も異なる中、受動的セッションを日々行う中で、マインドフルネスという共通のキーワードを思い浮かべていた。受動的音楽療法において、セラピストが介入するセッション形式のものは少なく、音楽療法学会においても受動的セッションの事例や論文はほとんど見られない。しかし、RMTなど、その内容は心理臨床の視点が生かされる内容であり、その意味では、國吉も述べているように受動的音楽療法は心理臨床の専門家の方がむしろ扱いやすい内容と言えるだろう。RMTを含む受動的音楽療法の効果は本稿でも紹介したが、まだまだ認知

度が低い点は否めず、今後も引き続きRMTの共同研究を行うなど、受動的音楽療法の効果と意義を検討していきたいと考える。

## 文献

- Bruscia, K. E. (1998) *Defining Music Therapy* 2nd ed. Barcelona Publishers. (生野里花訳 (2001) 音楽療法を定義する. 東海大学出版会.)
- 日野原重明 (1998) 音楽療法の理解. 日本バイオミュージック学会, pp. 95-97.
- 熊野宏昭 (2007) ストレスに負けない生活. 筑摩書房.
- 熊野宏昭 (2011) マインドフルネスそしてACTへ. 星和書店.
- 國吉知子 (2004a) 調整的音楽療法 (RMT) の効果についての検討 STAIとPOMSを用いて. 第4回日本音楽療法学会大会. p. 99
- 國吉知子 (2004b) 調整的音楽療法 (RMT) の効果についての検討 RMTにおける心的過程を探る. 第23回日本心理臨床学会. p. 210
- 國吉知子 (2005) 調整的音楽療法 (RMT) の効果についての検討 (その2) 不安 (STAI) と気分 (POMS) の変化を中心に. 第24回日本心理臨床学会. p. 237.
- 國吉知子 (2006) 調整的音楽療法 (RMT) 短縮版の効果についての検討 STAIとPOMSを用いて. 第6回日本音楽療法学会. p. 41.
- 國吉知子 (2011) 調整的音楽療法 (RMT) による自己没入傾向の変化について. 第11回日本音楽療法学会学会大会. p. 123.
- 十河治幸 (2006) 精神科デイケアにおける集団受動的音楽療法の試み—4年間の取り組みを通して見えたその有効性とセッション内容の検討—. 第25回日本心理臨床学会. p. 156.
- 森平直子 (2003) 学生相談における調整的音楽療法の活用. 心理臨床学研究. 21(5) pp. 520-531.
- Schwabe, C. (1979) *Regulativ Musiktherapie*. Fischer.