

Title	音楽療法についての一考察
Author(s)	山内, 美穂
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 1997, 2, p. 89-97
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/4926
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

音楽療法についての一考察

山内 美穂

1. 音楽療法とは

* 音楽療法の歴史

音楽を療法的に用いるというのは原始時代から行われていたであろうと推察される。もっともこれは音楽として確立したものではなく、ダンスや美術、宗教が一体となった、呪術的性格のものであったと考えられる。

音楽療法の記録として有名なものでは、サウル王の精神の狂乱をダビデがハープ演奏で鎮めた話が旧約聖書に記されている。また理論的な音楽療法の考え方は、古代ギリシャに見られる。

古代ギリシャの学者は音楽（音）を運動現象として捉え、それが聴く人の魂を動かすと考えた。中でもピュタゴラスは音階を形成する音と音の振動数を調べ、音楽が整然とした数の秩序の下に作られていることを示した。この音楽的調和は宇宙と同一の数比で秩序づけられていると考えられた（ピュタゴラスの宇宙の調和論）。この考え方はルネッサンス期までの西洋音楽に強い影響を与え、音楽の振動には心身の調和を元に戻し、健康にする力があるという考えが生まれた。彼らは魂のカタルシスに着目、古代ギリシャ音階の論理的性格に基づく音楽の処方を考えだし、音楽療法の原理を確立した。

近代の音楽療法の形態は、今世紀初頭のアメリカで基礎が築かれた。発端は精神病院への慰問であるが、続く第一次、第二次世界大戦での多量の精神疾患患者の発生が、音楽療法を確立させることとなった。1950年には世界最初の音楽療法の全国的団体、全米音楽療法協会が設立された。日本へは1960年代になって紹介された。

* 音楽療法の原理

音楽療法の基本的原理は「同質の原理」といわれるものである。

これは1952年、アメリカの精神科医 Altshuler によって発表された、精神分裂病患者に音楽療法を行うとき、まず最初に与える音楽は患者の気分とテンポに同質の音楽であるべきである、というものである。その後、「同質の原理」は精神分裂病患者だけでなく、音楽療法一般に通用することが明らかにされた。

また Altshuler は、薬と同じように音楽にも細胞の動きを抑制したり促進する力があると考え、病気によって音楽を処方することを考えだした。患者の感情状態と同じような雰囲気のある音楽を用いて、まず共感を起こさせる。そこから目標とする感情へと音楽の変化により導いていき、カタルシスを得させることによって状況を解決しようというものであった。

* 音楽療法のモデル

音楽療法の形式は、大きく活動的音楽療法と聴取的音楽療法に分けられる。活動的音楽療法は、音楽を自己表現の手段として用いるもので、さらに歌唱や楽器演奏による再現的音楽療法と、音楽を自己表現の手段として用いる創造的音楽療法に分けることができる。聴取的音楽療法は、音楽を感覚的刺激として用いるものである。

実際の音楽療法のモデルとしては、在来の心理療法や教育訓練の理論や技法をモデルとすることが多く、薬物療法モデル、カウンセリング・モデル（音楽鑑賞治療）、精神分析療法モデル、集団療法モデル、行動療法的モデル、脱緊張訓練モデル、遊戯療法モデル、訓練教育モデル、が挙げられる。音楽療法固有のモデルとしては、精神障害者の問題を対人関係の障害として捉えた交流的音楽療法モデル、それに自閉症児のためのノードフ式音楽療法、リトミック音楽療法、山松式音楽療法がある。

2. 音楽の機能

* 音楽（音楽的音響）とその他の音響との違い

すべての音響は、音高と音の大きさと音色を持つものであり、時間的なものである。この音響の中から音楽を区別する第一のものは、リズムの枠組みであろう。音楽の概念を決定づける明確な答えを示すことは困難であるが、音楽と自然音響との一つの違いは、音高である。音響とは時間的なものであるので固定されないものであるが、音楽のなかに存在する旋律や和声は、固定されたものである。固定された音高とは人工的なものであり、音楽を音響から区別する要素といえる。

* なぜ音楽か

Merriam(1964)によると、音楽は本質的に、ほとんどの文化において同じ機能を果たしているという。Merriamの主要な10の音楽の機能を以下に挙げる。

- ①情動的表現
- ②美的楽しみ
- ③娯楽
- ④コミュニケーション
- ⑤シンボリックな表現
- ⑥身体的反応
- ⑦社会的規範への服従の強化
- ⑧社会的制度と宗教的儀式の有効性
- ⑨文化の持続性と安定性への貢献
- ⑩社会の統合への貢献

また、Gaston(1968)は音楽の機能について8つの考察を挙げている。

- ①美的表現と美的経験への欲求

- ②文化的母体が表現方式を決定する
- ③音楽と宗教は統合的に関係している
- ④音楽はコミュニケーションである
- ⑤音楽は、構造化された現実である
- ⑥音楽は、やさしい情動からひきだされる
- ⑦音楽は、充足の源である
- ⑧音楽のちからは、集団において最大となる

彼らによって認識されている音楽の諸機能の表現は異なっているが、多くの点で重なりあっているものである。それは社会と密接な関係にあるということである。これらの諸機能は別々のものではなく、多様な機能を果たしているものが音楽であるといえる。

*音楽の療法的使用

Gaston はまた、音楽の療法的使用の根底にある原則を3つ挙げている。

- ①個人間の関係を確立、もしくは再確立すること
- ②自己実現を通じて、自己評価をもたらすこと
- ③活気づけ、秩序をもたらすために、リズムの独特の可能性を利用すること

Gaston の考えた音楽療法は活動療法としてのものであり、音楽的目標が設けられていても、それは活動療法の中で設定された行動的・社会的目標にとっては二次的なものである。音楽は活動を促す刺激として用いられているのであり、音楽のみの効果とは言い難い。しかし、これは音楽療法の社会的作用の部分に、焦点を合わせた見方だと考えられる。「音楽は人間行動である」という Gaston(1968)の考えは、このことをよく表現している。

3.音楽の生理的作用

音楽が人間の心身に、何らかの影響を与え得ることは確かである。このことを生理学的な側面から明らかにしようと、多くの研究が行われてきた。

呼吸、脈拍、血圧、GSR（皮膚電気抵抗）などについて、音楽の影響との研究が行われてきた。しかし現在のところ、音楽の影響による変化は認められても、音楽の性格とそれらの変化との間には、統一的結果が発見されていない。それはEEG（脳波）についても同様である。

*生理的作用の2面性

村井(1995)は、音楽の生理的作用についてはふたつの論点がある、と指摘している。ひとつは、音楽は感情を介さなくても身体に直接影響を与えることが出来る、つまり人間の心理に訴える音楽の美的、感情的ないしは娯楽的性質よりも、むしろ、音の構成や動き、緩急強弱などの物理的な性質が、身体の変化に関わっているのだという論点である。1/fゆらぎ理論がこの論拠のひとつにあたる。

もうひとつの論点は、音楽の生理的基礎が、音楽療法の主要対象である心については、その科学的基礎とはなりえないのではないか、というものである。人間にとって何がストレスとなるかはその人の精神的な歴史と深く関わっているので、生理学的な論理では解決できないのではないか、というものである。

このふたつの論点は相反するものであるようだが、音楽療法の現状をよく現わしているものといえるだろう。

音楽療法の形式は、活動的音楽療法と聴取的音楽療法のふたつに大きく分けられる。活動的音楽療法は音楽を演奏したり、自己表現の手段として用い、聴取的音楽療法は音楽を感覚的刺激として用いるものである。

一方、聴取的音楽療法とは音楽を感覚的刺激として用いるものである。実際の聴取的音楽療法は、多分にカウンセリングの要素を含んだものである。しかし単純に音楽を感覚的刺激として用い、生理学的効果を上げるためには、音楽の聴取が生理学的にどのような効果を与え得るのかということが証明される必要がある。音楽が、何らかの生理学的効果を与えるのが確かであっても、どのような効果をどのように与えるのか、ということが明らかにされる必要がある。この点についての一般的見解が得られないにも関わらず、ある特定の症状に効果があるかのような表記をしたCDやカセットテープが販売されているのは、問題であろう。だが逆にいえば、このような表記が自由に出来るというのは、音楽を単に感覚的刺激として用いただけでは深刻な生理学的効果を与えるものではない、という一般的見解の証明なのだろう。

* $1/f$ ゆらぎと α 波

音楽の治療性を裏付ける理論としてよく取り上げられるものに、 $1/f$ ゆらぎと α 波がある。

$1/f$ ゆらぎは1952年に電子工学の領域で Jhonson によって発見された。このゆらぎは、パワースペクトル密度が周波数に反比例するゆらぎであることから、 $1/f$ のゆらぎ、といわれる。その後、自然界のさまざまな現象にも周期的で微妙な変動、ゆらぎが存在することが知られるようになり、1970年代には人間の心搏や脳波 α 波、多くのクラシック音楽も $1/f$ ゆらぎを含んでいることが発見された。

$1/f$ ゆらぎが、心地よさを誘う川のせせらぎやクラシック音楽に含まれていたことから、 $1/f$ ゆらぎを心地よさの指標とするような風潮や、 α 波が心地よさの指標であるかのような考えが起こったが、 $1/f$ ゆらぎそのものが心地よさを誘うものでは必ずしもなく、 α 波も同様である。

α 波はリラックス時に多く検出されるとされるが、個人によっては α 波を示さない人もあり、 α 波を音楽の治療性と即座に結びつけるには問題があると考えられる。 α 波が心地よさをもたらすというよりも、ある音楽がその時の自分の感情と同質であり、同質の音楽によってカタルシスを得られたことにより α 波が検出された、と考えるほうが納得が行く。つまりこれは「同質の原理」に則ったものであると考えられる。

* 可聴周波数範囲との関係

人間の可聴周波数範囲は、約 20Hz から 20000Hz とされる。しかしこれは加齢や騒音に

暴露されることなどにより縮小する。

加齢による聴力の低下は高音域から始まり、徐々に中音域へと波及していく。また聴力の低下だけでなく、言語音の弁別能力の低下も起こるため、やがて日常会話にも支障をきたすようになる。この機能低下は、単に聴力の低下ということではなく、全体的な聴覚的理解力の低下ということである。

これは老人を対象とする音楽療法の場合、かならず考えておかなければならない問題であろう。身体的行動力に制限があることや音楽療法に使用する曲目などについては考えやすいが、それは正常な聴力を持っているであろう療法士側の考えである。対象者側にはどのように聞こえているのかということも考慮する必要があるだろう。

同様のことが聴覚障害者についてもいえる。

音は通常、空気を媒介として音源から聞き手にいたる振動である。この振動が聴覚器官を通じて聴覚を生じさせるのである。聴覚障害者の場合、聴覚器官でこの振動を受け取りにくいのであるから、身体で触覚として音を感じ取ることになる。聴覚障害者を対象とする場合は対象者の可聴閾を知り、どのような音なら感じ取ることができるのかを考慮する必要がある。

4. 音楽の心理的作用

音楽の持つ心理的作用は、音楽が時間的芸術であることと深く関係している。人間の心理も刻々と変化するものであり、時間性を持っているからである。

Taylor と Paperte (1958) は、音楽の構造の力動が、感情の力動に合致するために、音楽は人の感情を動かすのだと考えた。音楽は特定の感情を引き出すのではなく、その構造の力動が人間のさまざまな感情を引き出すということである。

また「同質の原理」によって説明する考え方もある。「同質の原理」に合致した音楽は、その時の心理状態と同化するものである。この音楽を次第に異質のものに移行させることにより、心理状態も変化させることができる。これを「異質の原理」といい、精神病院での音楽療法の原理となっている。

音楽のよく知られた心理的作用には、感情を発散させる作用がある。楽器の演奏やカラオケでのストレス解消が代表的だが、鑑賞も同じように効果がある。直接的自己表現でなくとも、音楽という代弁者によって感情を発散できるのである。

ほかに音楽は、感情の高揚や鎮静、浄化ももたらすことができる。商業音楽や宗教音楽を思い浮べれば容易に納得できる。これらの音楽は、メロディ、リズム、テンポ、和声、音色などの構成によって特徴づけられている。

5. 音環境・サウンドスケープと音楽療法

* 音環境・サウンドスケープとは

音環境とは、以前は建築に関した音の環境を指すことが多かったが、現在では一般に、生活環境における全ての音を総合的に取り上げて音環境と呼んでいる。

カナダの作曲家 Murray Schafer は、音環境をサウンドスケープという視点からとらえることを提唱し、この運動を展開した。サウンドスケープは“音の風景”と邦訳され、その定義は「個人、あるいは特定の社会がどのように知覚し、理解しているかに強調点の置かれた音の環境」とされている。サウンドスケープは音そのものに加え、それが聴かれたときの状況とその状況の記憶によって形成されるものなのである。

* サウンドスケープを構成するもの

われわれを取り巻く環境をサウンドスケープの視点から考えると、それが決して一義的なものではないということは明らかである。おそらく大多数の人が聴いているであろう音環境を推測することは出来るが、決定することは出来ない。音が存在することと、その音が聴取されるかは別であり、そこには大きな個人差が存在するからである。視覚障害者や聴覚障害者の持つサウンドスケープが、健常者と異なっているであろうことは容易に想像できるが、老人や病人の場合を考えると、健常者との区別は困難である。

加齢に伴い、聴力が低下することは知られているが、それがいつから始まるかは個人差が大きく、本人が自覚しているかどうかはさらに問題である。明らかに聴力が低下していれば、本人に自覚が生まれやすいが、まだ聴力の低下が始まったばかりの、本人も他人も気付かないレベルでは、正確な判断が困難である。

病人の場合であれば、聴力自体は正常であっても、心理的影響によって選択的に聴取していることが考えられる。

例えば、病名の告知を受けた場合など、本人が深刻な状況に陥った場合、その場所からどのようにして家に帰ったか分からない、という人も多い。その人は家に帰り着くまでの間のことを意識していないというのであるが、事故にもあわず正確に家に帰り着くには、五官が正常に働いていた、ということなのである。

また、ある病気について不安に思っている人であれば、その病気についてはわずかの情報でも聞き逃さないだろうし、それ以外のことはすぐそばでいわれていても、あまり気に止めないだろう。

このように聴力のレベルと聴覚認知、意識的な聴覚認知は必ずしも合致するものではない。意識的な聴覚認知は、心理的な影響を大きく受けると考えられる。また警告音の認知については、おそらく通常音とは別系統で認知処理がされているのであろうと思われる。

この「聴く」と「聞く」の違いは考慮される必要がある。音楽療法をサウンドスケープの観点から考えるとき、日常の音は「聞かれている」音である。であるから、BGM的な音楽聴取では「聞かれて」いても「聴かれて」いないこともあり得る。音楽聴取の生理学的効果が明らかにされなければ、療法としての効果は期待しにくいだろう。さらに病名告知についていえば、「聞かされた」が「聴いていない」ということもあるであろう。このふたつの「きく」の違いが明確に示されれば、音楽療法（特に聴取の音楽療法）においてもサウンドスケープにおいても、さらに進展するきっかけとなるだろう。

* サウンドスケープと騒音

音環境が問題になる場合、そこには「騒音」が存在する。騒音は存在することが望ましくない音のことであるが、「騒音」が人間への干渉を免除されているところにはかならず権

力というものが見出される。

「騒音」が権力に結びつけられなかったことはなく、その権力の所有者は、神から聖職者、産業家、そして最近では放送業者や航空業者へと移ってきた。つまり、「騒音」を所有するということは、単に最大の騒音を出すということではなく、検閲を受けずに最大の騒音を出せる権威を持っている、ということなのである。

一般病院に当てはめて考えれば、その権威を持っているのは医療従事者であろう。患者は受け身の存在である。患者のQOLとしてのサウンドスケープを考えるのであれば、その権威を分かち方法を考えなければならない。

またある状況においては「音楽」と感じられるものが、別の状況においては「騒音」と感じられることがある。好きな音楽であっても、それが適切に提示されなければ不快なものとなる。無理に聴かせられれば、そこには権力が介在し、大きすぎる音響であれば生理的に不快を生じる。その「音楽」は「騒音」となるだろう。

6.ホスピスでの音楽療法

* 身体的苦痛の緩和

聞くことに注意が引き付けられることにより、聴覚以外の感覚が影響を受けるが、中でも痛覚への影響が大きい。ヨーロッパでは19世紀頃まで、抜歯の際にファンファーレを吹いて大きな音を聞かせながら行った。現在でも歯科治療現場でのBGMは効果がある。

沈痛とリラクゼーションは密接に結びついているため、フランスでは音響麻酔が考えだされた。沈痛は痛みの感覚の軽減を目的とし、麻酔は痛みの感覚を完全に排除することを目的としている。音響麻酔は音楽を有効利用し、リラクゼーションを導くことによって、科学麻酔の伝統的技法への補助的手段として活用しようとする研究である。音響麻酔を用いることにより麻酔剤の使用量の軽減の他に、次のような利点が考えられる。

患者の手術前の不安と苦痛を軽減する、肉体の痛みを和らげる、患者のよりよい精神身体的回復を促す、そして慢性疼痛の看護治療である。

ターミナルケアにおいてはとくに慢性疼痛の看護治療が課題であるが、音楽によって患者をリラクゼーションの状態に導き、慢性疼痛を軽減することが出来ると考えられる。

* QOLの向上

ターミナルケアにおける音楽療法で用いられる音楽は、必ずしも「音楽」である必要はなく、環境音などでも良いと考えられる。また、同時に視覚的なもの（絵画、映像、患者が目にする色彩等々）があるとより効果が得られると考えられる。

欧米のホスピスでは、最近、患者のQOLを高めるために音楽療法を盛んに取り入れるようになってきている。患者は入院するとまもなく音楽療法士の訪問を受ける。音楽好きであれば、すぐ好きな曲をカセットテープで患者に聴かせる。また患者の希望に応じて音楽療法士は、簡単な楽器を教えることもあり、患者は楽器を演奏できるようになることで達成感を得ることが出来る。

ホスピスでの音楽療法は、患者の体力や聴覚が一番最後まで残る感覚であることを考えると、活動的音楽療法よりも聴取的音楽療法が適しているであろう。しかし、最後まで患

者が行動能力を維持できるように、行動療法として活動的音楽療法を取り入れることも考えられる。

コミュニケーションとして音楽療法を考えれば、音楽は言葉以上に直接的に感情に作用するため、患者と介護者とのコミュニケーションを取りやすく、促進する役割を持つ、といえる。音楽会などへの参加は社会的な援助ともなり、音楽によってさまざまな思い出を甦らせ、人生を振り返るきっかけとすることが出来ると考えられる。

* 霊的（宗教的）援助

人間が死に面したときに起こる問題の一つに、霊的痛みの問題がある。魂の救いを求めるというのは宗教的問題であるが、この宗教は音楽と切り離せないものである。それは音楽の成立過程からも明らかであるが、現在の宗教儀式においても音楽は切り離せない存在である。例えばキリスト教の礼拝ではかならず賛美歌が歌われ、仏教の礼拝ではかならず木魚、鐘が使用され、読経が流れる。

そのため、音楽を使用することによって宗教的援助は行えると考えられる。死に直面した患者の不安や恐怖を和らげ、精神的動揺を乗り越える助けとして、宗教的魂の永続性への希望をもたらすものとして、現世喪失の悲しみを癒すものとして患者を援助できると考えられる。さらに遺族にとっても、悲嘆過程の遂行と立ち直りを援助する役割を果たせるだろう。

治癒する可能性のない末期患者は身体的な症状だけでなく、不安や抑うつ、孤独など、全人的な苦痛を抱えている。この全人的苦痛への対処を目的とする、ホスピスでの音楽療法では、特に目的と合致した音楽の選択が重要である。最後まで生きるエネルギーを与え、リラクゼーションに導き、ホメオスタシス効果のあるものが理想であるが、何より押しつけになってはいけない。患者に適切な音楽療法を行うには、ホスピスのチームケアの一環として取り入れられ、スタッフの連係の中で行われることが望ましいと考えられる。

7. 今後の課題

以上、音楽療法を主に音・音楽の視点から考察した。

日本の現状での音楽療法は障害児や痴呆症の老人を対象としていることが多く、行動療法的色彩の濃いものである。いかんせん、目に見える行動面の結果に目を奪われがちになるが、目に映りにくい部分についてもより研究がなされるべきである。音楽心理学や音響学、聴覚生理学の観点からの研究が増えれば、それは音楽療法を支える力強い土台となるはずである。

同時にサウンドスケープの考え方も重要である。それは聴覚が常に開かれた器官である以上、人は一生「ききつづけて」いなければならないからである。聴覚は感覚の中で一番最後まで残る感覚であるといわれる。まさに死亡するまで音に囲まれているのである。個人のサウンドスケープを知ることは、個人の歴史を知ることである。音楽療法にサウンドスケープを取り入れることは、音楽療法の可能性をより高めるものであると私は考える。

参考文献

苧阪良二（編著）：環境音楽、大日本図書、1992

櫻林仁（監修）：音楽療法研究、音楽之友社、1996

徳田良二／村井靖児編著：アートセラピー、講座サイコセラピー7、日本文化科学社、1988

村井靖児：音楽療法の基礎、音楽之友社、1995

ジャック・ジョスト（永田丕訳）：フランス音楽療法、リポート、1994

ジュリエット・アルヴァン（櫻林仁／貫行子訳）：音楽療法、音楽之友社、1969

R. ハマーシュタイン／C. V. パリスカ／J. フィリップ／J. ハー／G. L. フィニー（鈴木晶／村上陽一郎／塚本明子訳）：天の音楽・地の音楽、平凡社、1988

R. E. ラドシー／J. D. ボイル（徳丸吉彦／藤田美美子／北川順子訳）：音楽行動の心理学、音楽之友社、1985

R・マリー・シェーファー（鳥越けい子／小川博司／庄野泰子／田中直子／若尾裕訳）：世界の調律、平凡社、1986