

原著：秋田大学保健学専攻紀要23(2)：59 - 67, 2015

## バーバルコミュニケーションが困難な患者での生演奏による相互交流の可能性 統合失調症患者における検討を通して

雄 鹿 賢 哉\* 新 山 喜 嗣\*\*

### 要 旨

統合失調症患者へ音楽活動を提供するにあたり、「生演奏」と「録音演奏」との間での音楽聴取形態の違いに着目し、「生演奏」によって、ノンバーバルな水準での治療者と患者の間での相互交流が形成されるか否かを検討した。

対象は、精神科病棟に入院中で、本研究の目的と方法を説明した上で同意・署名を得られた、明らかに認知機能障害や精神遅滞を有さない統合失調症患者53名とした。

音楽形態における生演奏（セラピストによるエレクトーン演奏）と録音演奏（エレクトーン演奏を同装置から再生）との間の比較を主眼とし、同じ3曲15分間を、それぞれの音楽形態で聴取した。評価指標は、心理状態の測定として気分調査票 The Mood Inventory（以下 MOOD）を行った。

生演奏聴取前後を比較した結果、生演奏聴取後の「爽快感」と、「くつろいだ気分だ」の項目に有意な改善が得られた（ $P < 0.01, 0.05$ ）。また生演奏では、対象者が演奏のたびに拍手や声援をセラピストに送る様子が見られた。この結果から、精神科作業療法における音楽活動を実践する際には、生演奏はバーバルな水準での関与が困難な患者に対しても有効な、治療導入時の手段やセラピストと患者間の関係作りとなりえる可能性があり、さらには外部からの感覚入力的手段としても有効であることが推測された。

### はじめに

音楽は、人類の始原から営まれてきた創作や表現活動の一つである。そして現在では、音楽療法が代替医療として用いられる場面が増加しつつある。すなわち、音楽の身体と精神の両面に与える影響を活用して、音楽療法が人間をより健康な状態に回復させることを目的として、病院の慢性期病棟や療養施設などで近年実施される機会が多くなっている。日本音楽療法学会は、音楽療法を「音楽療法とは、音楽のもつ生理的、心理的、社会的働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用すること」<sup>1)</sup>と述べており、これを受けて現在音楽療法に関する諸研究が盛んに行

われている。先行研究では、荒金ら<sup>2)</sup>による中枢神経系の情動に関連する神経機能緩和と共に、内分泌系の中の特定の機能を活性化させる作用があり、このことを通じて音において心を落ち着かせる、いわゆるリラククス作用があるという報告があり、さらに、この他に疼痛ケアや認知行動療法における効果や、抗精神薬の減量に成功したなどの報告<sup>3)</sup>がある。

音楽療法としては、精神科領域では作業療法場面において、とりわけ活動の補助的手段として音楽を用いる場面が従来から多い。現状では診療報酬に関わる制度上の理由から、作業療法士と音楽療法士が共同して実践し、作業療法の治療的観点から実践していることが多い<sup>4)</sup>。また、その際の治療形式は集団療法的介入が大半で、集団力動を用いることにより自己表現<sup>5)</sup>や

\* 茨城県立医療大学付属病院

\*\* 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

Key Words: 作業療法  
音楽療法  
精神科  
生演奏  
統合失調症

共感<sup>6)</sup>、人間関係形成<sup>7)</sup>の促進といった治療的要素があると言われている。そして、音楽活動における非言語的コミュニケーションの形成は、グループ形成初期に生じる、不安の解消手段にもなるという報告もある<sup>8)</sup>。

しかしここで精神科医療の中でも長期入院の統合失調症患者に目を向けると、このような慢性期の患者の中にはその重篤な陰性症状により、音楽療法を試みようとしても、自ら主体的に歌唱もしくは楽器演奏を行えない群が少なからず存在する。これまで、このような患者に対して音楽療法を実施するときには、オーディオ機器を用いて音楽を聴取させる方法などを用いることが一般的であった。しかし、これは音楽という手段による患者の受動的な関わりであり、そこには治療者から患者への一方向性の関与のみが存在する。このことから、今回本研究では、主体的に音楽活動を行えない患者を対象に作業療法士が「生演奏」を実施することで、演奏者と患者の間での両方向性の交流が発生し、このような患者における能動性や主体性が形成されることが期待できるのではないかという仮説を立てた。

本研究の目的は統合失調症患者へ音楽活動を提供するにあたり、「生演奏」と「録音演奏」との間での音楽聴取形態の違いに着目し、対象者の変化や反応の比較をしつつ、それぞれの音楽聴取形態の治療構造について明らかにすることである。今回、生演奏と録音演奏とでの患者に与える影響を比較するために、心理状態と生活技能の評価バッテリーを用いて検証を行った。そして、特に「生演奏」によって、バーバルコミュニケーションが困難な程度に陰性症状が重篤な統合失調症患者においても、ノンバーバルなレベルでの治療者と患者の間での相互交流が形成される可能性があり示唆されたので以下に報告したい。

## 方法

### 1. 対象

A 病院精神科療養病棟に入院中で、認知症や精神遅滞を合併しない統合失調症患者53名とした（男性19名、女性34名、平均年齢 $60.3 \pm 10.0$ 歳、平均在院年数 $12.2 \pm 16.4$ 年）。尚、本研究実施にあたり、本研究の目的と方法に関して文書で患者に十分な説明を行い、研究協力依頼書による同意・署名が得られた患者を対象とした。また、患者の識別は番号により ID 化した上で、外部よりアクセスのできないパソコンにデータを保存した。

## 2. 評価指標

### (1) 心理状態

演奏前後の心理状態の測定として、坂野らが開発した、リラックスに伴う心理的变化を即座に捉えることができることとされている、気分調査票 The Mood Inventory<sup>9)</sup>（以下 MOOD）をもとに調査した。MOOD は、「緊張と興奮」「爽快感」「疲労感」「抑うつ感」「不安感」の5因子について、1因子ごとに8項目ずつ計40項目から構成されている。各項目への回答は、1（まったく当てはまらない）から4（非常に当てはまる）の4件法である。各因子の得点項目は8個ずつあることから、合計して得点範囲は8点から32点となる。得点が高値であるほど、緊張と興奮、疲労度、抑うつ感、不安感といった否定的因子はより低い方向への気分の変化を示し、爽快感といった肯定的因子はより高い方向への気分の変化を示す。

本研究では先行研究<sup>10)</sup>を参考に、被験者の負担も考慮し、変化が予測される心理状態「緊張と興奮」「爽快感」「抑うつ感」の3因子から24項目のアンケートを作成し、演奏直前直後において対象者に MOOD を回答してもらい、心理状態がどのように変化したかを、生演奏と録音演奏のそれぞれの要因で得た数値を比較した（図1）。

### (2) 生活技能

演奏聴取後の生活技能の測定として、精神科リ

アンケート															
氏名:		生演奏・録音演奏		演奏前・演奏後		回答日: 2014/ /									
以下の質問項目を読んで今のあなたの気持ち（今のどのくらい感じているか）に最も近いものを選び、○印を付けて下さい。															
1.まったく当てはまらない 2.あまりよく当てはまらない 3.よく当てはまる 4.非常に当てはまる															
1.興奮している	1	2	3	4	13.怒っている	1	2	3	4						
2.心静かな気分だ					14.生き生きしている										
3.気持ちが減入っている					15.気が重い										
4.気分が高ぶって じっとしてられない					16.焦っている										
5.頭の中がすっきりしている					17.元気がいっぱいである										
6.気分が沈んで憂鬱である					18.つらい										
7.そわそわする					19.いてもたっても いられない										
8.くつろいだ気分だ					20.気持ちが 引き締まっている										
9.みじめだ					21.むなし										
10.緊張している					22.いらいらしている										
11.物事を楽に やることができる					23.充実している										
12.がっかりしている					24.1人きりのようで さみしい										

緊張と興奮: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22  
 爽快感: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23  
 抑うつ感: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24

図1 MOODに関する回答用紙

ハビリテーション行動評価尺度 Rehabilitation Evaluation of Hall and Backer<sup>11)</sup> (以下 Rehab) をもとに調査した。Rehab は、多目的に使える社会機能評価尺度であり、入院している対象者を1週間の行動を通して、「逸脱行動」、「社会的活動性」、「ことばのわかりやすさ」、「セルフケア」、「社会生活の技能」、「全般的評価」の側面から、評定者の主観で評価する。点数が低ければ低いほど生活技能が高いことを示し、一方で高ければ高いほど生活技能が低いことを示す。

本研究では、病棟を担当する本研究者以外の3名の作業療法士に評定を依頼し、生演奏・録音演奏聴取後、それぞれ1週間の評価を行ってもらい、それらと比較した。尚、このとき3名の評価者に対して生演奏と録音演奏との間で、どちらがよりRehabに影響を与えることが予想されるかについて、本研究者の仮説を終了まで伏せたまま行った。

### 3. 選曲

音楽の好みについて、岩永<sup>12)</sup>は曲に対する好意的評価が、感情反応を生起させる重要な要因になると報告

していることから、対象者が本来的に感じている、楽曲に対する好みが必要な役割を果たすことが予想された。

そこで、本研究の選曲はコンサート形式にし、3種類の異なるジャンルの曲を提供することとした。1曲目に現代音楽ジャンルから吉松隆作曲「平清盛」を、2曲目にクラシックジャンルからベートーベン作曲「エリーゼのために」を、3曲目に秋田民謡「長者の山」を選択し、この順番で毎回実施した。

### 4. 実験手順

音楽形態における生演奏（セラピストによるエレクトーン演奏）と録音演奏（エレクトーン演奏を録音したものを、同装置から再生。電子楽器の為、音楽の物理的性質は同一）との間の比較を主眼とし、同じ曲3曲15分間をそれぞれの音楽形態で聴取した。また、それぞれの音楽形態を2週間空けて聴取し、各演奏の直前と直後についてMOODを評価し、各演奏聴取に先立つ1週間と聴取後1週間のRehabをそれぞれ評価した。また、順序効果を考慮してA群とB群に分け、前者は先に録音演奏、後者は先に生演奏を聴取し、後半にもう一方の音楽形態で聴取を行った（図2）。

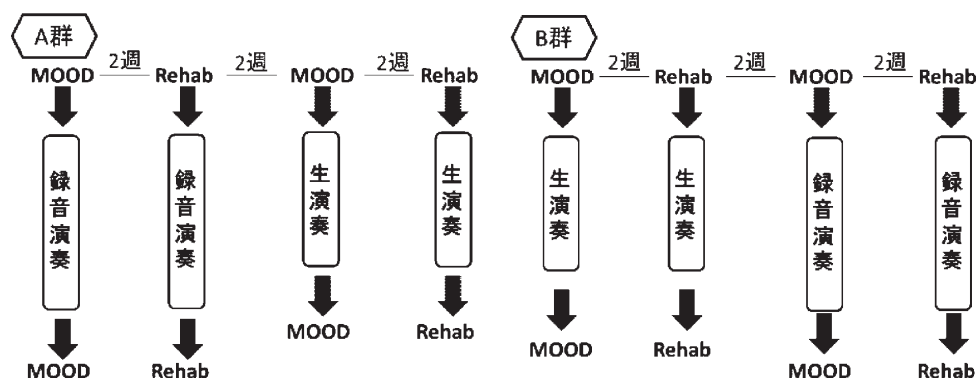


図2 録音演奏と生演奏を聴取させた実験手順

表1 MOOD 爽快感

比較	平均値	標準偏差	P 値	有意差
生演奏前後	前 : 21.35	前 : 4.10	0.0070	* *
	後 : 22.94	後 : 5.78		
録音演奏前後	前 : 20.89	前 : 5.27	0.70	ns
	後 : 21.19	後 : 5.39		
生演奏後録音演奏後	生 : 22.94	生 : 5.78	0.90	ns
	録音 : 21.19	録音 : 5.39		
生演奏前後差	生 : 1.22	生 : 2.92	0.76	ns
録音演奏前後差	録音 : 0.96	録音 : 5.00		

(ns : 有意差無し \* \* : p < 0.01)

## 5. データ分析方法

MOOD は生演奏・録音演奏の前後の回答を、Rehab は実施前の評価と生演奏・録音演奏聴取後の評価を分析対象とし、それぞれ Wilcoxon 符号付順位和検定を用いて、有意水準を 5% として統計学的分析を行った。

## . 結 果

## 1. MOOD による成績

録音演奏では、全ての因子において聴取前後においての変化は認められなかった。一方、生演奏では、聴取前後を比較した成績にて生演奏聴取後の爽快感の改善に有意な結果が得られた ( $p < 0.01$ )。また、生演奏聴取前後の爽快感の下位項目に検定を実施した成績

表2 MOOD 爽快感 下位項目 (生演奏前後)

比 較	平均 値	標準偏差	P 値	有意差
心静かな気分だ	前 : 2.88	前 : 0.74	0.42	ns
	後 : 3.00	後 : 0.79		
頭の中がすっきりしている	前 : 2.70	前 : 0.81	0.069	ns
	後 : 2.94	後 : 0.83		
くつろいだ気分だ	前 : 2.48	前 : 0.91	0.026	*
	後 : 2.97	後 : 0.77		
物事を楽に やることができる	前 : 2.58	前 : 0.87	0.25	ns
	後 : 2.76	後 : 0.87		

(ns : 有意差無し \* :  $p < 0.05$ )

表3 MOOD 緊張と興奮

比 較	平均 値	標準偏差	P 値	有意差
生演奏前後	前 : 17.39	前 : 6.40	0.46	ns
	後 : 17.97	後 : 6.73		
録音演奏前後	前 : 16.13	前 : 5.27	0.27	ns
	後 : 16.58	後 : 5.52		
生演奏後録音演奏後	生 : 17.97	生 : 6.73	0.47	ns
	録音 : 16.58	録音 : 5.52		
生演奏前後差 録音演奏前後差	生 : 1.00	生 : 2.90	0.64	ns
	録音 : 1.09	録音 : 2.86		

(ns : 有意差無し)

表4 MOOD 抑うつ感

比 較	平均 値	標準偏差	P 値	有意差
生演奏前後	前 : 17.88	前 : 6.79	0.35	ns
	後 : 17.41	後 : 7.28		
録音演奏前後	前 : 17.41	前 : 5.23	0.43	ns
	後 : 15.45	後 : 5.43		
生演奏後録音演奏後	生 : 17.41	生 : 7.28	0.10	ns
	録音 : 15.45	録音 : 5.43		
生演奏前後差 録音演奏前後差	生 : 0.043	生 : 3.27	0.051	ns
	録音 : 1.61	録音 : 3.68		

(ns : 有意差無し)

では、「くつろいだ気分だ」の項目で有意な改善が得られた ( $p < 0.05$ ) (表1, 表2). 一方, 緊張と興奮ならびに抑うつ感に関わる統計学的比較検討においては, 有意差を認めたものは無かった (表3, 表4).

## 2. Rehab による成績

録音演奏聴取後において, 「合計点」「セルフケア」の項目に有意な改善が得られた ( $p < 0.01$ ) (表5, 表6). また, 生演奏聴取後において, 「セルフケア」の下位項目である「テーブルマナー (食べこぼし)」の項目に有意な改善が得られた ( $p < 0.05$ ) (表7).

## 3. セラピストが治療場面で体験した, 生演奏と録音演奏の違い

筆者が体験として得られた, 生演奏と録音演奏を比較した対象者の反応の違いは次の2点であった. 1点目は拍手の有無であり, 生演奏では録音演奏と異なり, 1曲毎に対象者が拍手や声援を演奏者に送る行動が観察された. 2点目は, 生演奏終了後「秋田民謡をありがとうございました」「また, 生演奏を聴いてみたいです」など, 通常の生活の中では自発的な言語表出の無い患者においても演奏者に対して感謝や要請を積極的に行う表出が観察された.

表5 Rehab 合計点

比較	平均値	標準偏差	P 値	有意差
生演奏前後	前 : 47.70	前 : 21.64	0.73	ns
	後 : 46.90	後 : 21.92		
録音演奏前後	前 : 47.70	前 : 21.64	0.031	*
	後 : 44.07	後 : 18.57		
生演奏後録音演奏後	生 : 46.90	生 : 21.92	0.088	ns
	録音 : 44.07	録音 : 18.57		

(ns : 有意差無し \* :  $p < 0.05$ )

表6 Rehab セルフケア

比較	平均値	標準偏差	P 値	有意差
生演奏前後	前 : 8.50	前 : 7.19	0.35	ns
	後 : 7.67	後 : 6.26		
録音演奏前後	前 : 8.50	前 : 7.19	0.0020	**
	後 : 6.20	後 : 5.07		
生演奏後録音演奏後	生 : 7.67	生 : 6.26	0.067	ns
	録音 : 6.20	録音 : 5.07		

(ns : 有意差無し \*\* :  $p < 0.01$ )

表7 Rehab テーブルマナー

比較	平均値	標準偏差	P 値	有意差
生演奏前後	前 : 0.97	前 : 1.61	0.019	*
	後 : 0.55	後 : 1.06		
録音演奏前後	前 : 0.97	前 : 1.61	0.11	ns
	後 : 0.62	後 : 0.94		
生演奏後録音演奏後	生 : 0.55	生 : 1.06	0.61	ns
	録音 : 0.62	録音 : 1.61		

(ns : 有意差無し \* :  $p < 0.05$ )

## 考 察

### 1. MOOD による成績から

本研究における、統合失調症患者に対する音楽活動では、生演奏を聴取後、爽快感（特に、くつろいだ気分）が向上するという成績が得られた。MOOD と音楽療法に関連した先行研究として、健常大学生における生演奏・録音演奏の比較で、生演奏にて MOOD の緊張と興奮が増加したという筆者による報告<sup>10)</sup>や、慢性期統合失調症患者への歌唱活動を実践したことで、MOOD の緊張と興奮が増加、疲労感が改善したという浅野らの報告<sup>13)</sup>がある。

音楽の知覚に関する脳の伝導路では、音刺激はリズム、ピッチ、調性感、ハーモニーなどの要素が記憶と照合されつつ、受容性のメロディイメージを形成し、聴覚以外の視覚や体性感覚といった他の感覚も複合して情報処理が完成されると言われている<sup>14)</sup>。これらの音楽の要素を本研究の生演奏で実践したことで、通常の音楽聴取（聴覚）の要素に奏者の動き（視覚）も加わり、より対象者の情動的側面が誘発されたと思われる。このことにより、対象者の MOOD 「爽快感」の改善といった、肯定的な感情変化へつながったことが推察される。

さらに、集団力動（グループダイナミクス）の側面から MOOD の結果を考察したい。一般に集団におけるリーダーの存在意義として、「集団運営機能」<sup>15)</sup> といった要因が指摘されることが多く、この集団運営機能はさらに 方向性機能と 内容性機能の 2 つの要素に細分される（図 3）。方向性機能はリーダーが次の展開を提供するという要素であり、一方 内容性機能は返ってきた反応に対して内容を参加者に即して深めることによって、運営をより肯定的な流れへと誘導するというものである。本研究の生演奏において、演奏を行ったセラピストをリーダーとすると、リーダーの生演奏が音楽を聴く集団へ展開の機会を提供することによって、これが方向性機能の役割を果たし、それに対して対象者の拍手・声援などがリーダーに返ることにより、リーダーもそれらの反応に呼応する演奏を行った。このような過程で内容性機能の要素が促進されたことにより、ノンバーバルな次元でコミュニケーションが形成されたのではないかと考えられる。それによって、グループにおける不安の解消としての「くつろいだ気分だ」の促進に繋がった可能性があげられる。

### 2. Rehab による成績から

本研究において、統合失調症患者に対して、録音演

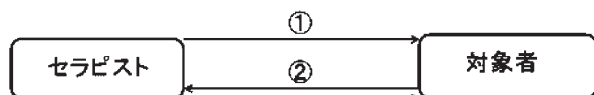
奏聴取後では「セルフケア」「合計」が、生演奏聴取後では「セルフケアのテーブルマナー（食べこぼし）」が改善されたという結果が得られた。Rehab と音楽療法に関連した先行研究では、慢性期統合失調症患者について、日常的にラジオで音楽を聴いた群は、対照群に比べて Rehab 「逸脱行動」が軽減したという報告<sup>16)</sup>や、認知症高齢者に BGM 聴取を導入した所、食事量の増加が認められたという報告<sup>17)</sup>がある。

本研究の Rehab において、前述のように「合計点」と「セルフケア」の改善が見られた。ただし、Rehab の結果が病棟担当の作業療法士 3 名の主観評価であるため、「音楽療法が、対象者の生活改善に繋がって欲しい」というセラピストが共有する意図が、結果に影響を与えた可能性を完全には否定できない。先行研究の中には、同一の音楽療法セッションにおける主観的評価と客観的評価を比較検討するために、表情検出ソフトによって笑顔を点数化し、変化を追った研究報告<sup>18)</sup>がある。そこでは、機械が判定した笑顔度の上昇に先立って、セラピストが先に対象者の笑顔を感じていた。これは、客観的評価の笑顔の点数が低い中でも、主観的評価によってセラピストが対象者の僅かな笑顔の場面を察知し、さらに笑顔を表出する場面を促してそれを一層に助長したことで客観的評価の数値上昇に繋がったことを意味すると思われる。

このような先行研究の報告もふまえて総合的に判断すると、「セラピストが感じた」生活の変化と「実際に変わった」生活の変化を、長期間にわたって具体的な変化の内容を検討する必要性が残されていると考えられる。

### 3. 音楽形態の考察

音楽活動とセラピスト、対象者には図 4 に示すような 7 種類の関係<sup>19)</sup>があると言われている。本図の は音楽を通して対象者が集団、セラピストとも交流できる環境を提供することを示しており、 は対象者が音楽に没頭できる環境を提供することを示している。本研究の結果から、生演奏は本図の、録音演奏は本図の に相当するものではないかと考えられる。今回、MOOD より得られた成績では、音楽形態の違いによる影響の差異を抽出することができたが、一方、Rehab での成績からは、音楽形態の違いが患者の生活技量にどのような差異をもって影響するかを判然と明確化することはできにくい側面があることは否定できない。ただし、現在のところ、精神科作業療法における音楽活動を実践する際には、「生演奏」はバーバルコミュニケーションが困難な程度に陰性症状が重篤な統合失調症患者においても、「生演奏」によってノ



⇒①方向性機能: 次の展開を提供

⇒②内容性機能: 内容を参加者に即して深める、肯定的に捉える

図3 リーダーの存在と集団運営機能

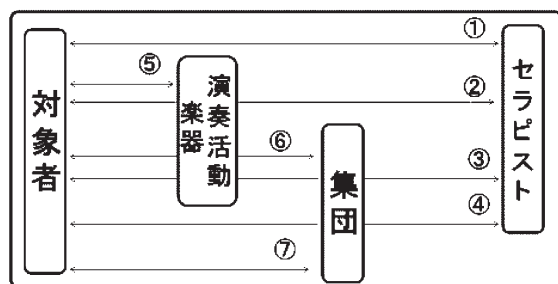


図4 音楽活動における参加者間の相互関係

ンバーバルなレベルでの治療者と患者の間での相互交流が形成される可能性があるものと思われる。さらには、この「生演奏」が治療導入時の手段やセラピストと患者間の関係作りの手段となりえ、また、外部からの感覚入力的手段としても有効である可能性があると思われる。一方で、従来からの「録音演奏」の方については、長期的なアプローチの手段や安定した日常生活を送る手段として用いることが有用であると思われる。

#### 4. 本研究の限界と今後の課題

MOOD と Rehab におけるそれぞれの評価において、一部の要素についての改善結果が得られたが、MOOD は対象者の回答、Rehab は作業療法士の評定による主観的評価であった。近年言われている、統合失調症患者には認知機能の問題があげられる点<sup>20)</sup>や、Rehab が作業療法士の見られる範囲での評定であったことなど、主観的評価を用いることの限界が考えられる。

これらの限界を解決する方法の1つとして、今後の研究として客観的評価手法である「表情検証ソフト」<sup>18)</sup>やキネクトを用いることが考えられる。これらの機器を使用して対象者の表情、動き、姿勢を数量化しながらその変化を追跡することで、客観的な側面から本研究を再び検討することが必要かもしれない。さらに、客観的評価と主観的評価を合わせて再び考察することで、各音楽療法の形態の効果、効果持続期間な

どを検討して行くことが可能になるとと思われる。

．おわりに

本研究では、音楽における生演奏・録音演奏という聴取形態の違いが、対象者の心理状態、生活技能にどのような変化をもたらすかについての比較・検討を行った。その結果、生演奏は、見て聴き参加することにより、対象者・音楽・参加者・セラピストとの間にノンバーバルコミュニケーションが生じるという可能性が示唆され、一方、録音演奏は、形式化された音楽を提供されることにより、安定した生活を送る為の手段になり得るという可能性が示唆された。このことから音楽の聴取形態が違えば、対象者に働きかける効果も異なってくることが推測され、作業療法士は各音楽聴取形態の特性をふまえた上で、どのような側面からアプローチをするか考慮に入れつつ、状況に適した音楽聴取形態で活動を提供することが必要であろう。

#### 謝 辞

本論文は、筆者の平成25年度秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程の学位論文である。

本研究を遂行するにあたり、協力していただきました患者様、評価を行って下さいました病院作業療法士の皆様に、心より感謝申し上げます。

#### 文 献

- 1) 高橋多喜子：音楽療法の定義・形態・対象．補完・代替医療音楽療法改訂2版．金芳堂，京都，2010，pp 7
- 2) 荒金英里子，川出富貴子：音を聴くこと，歌を歌うことによるリラクゼーション作用 身体的および心理的变化．川崎医療福祉学会誌19：105 - 111，2009
- 3) 高橋多喜子：精神障害者への音楽療法．補完・代替医療音楽療法改訂2版．金芳堂，京都，2010，pp45-53
- 4) 市江雅芳：音楽する脳 音楽療法．脳とソシアル 脳とアート - 感覚と表現の脳科学．岩田誠・他編，医学書院，東京，2012，pp183-196
- 5) 山根寛：療法としての音楽の効用．ひとと音・音楽療法として音楽を使う．山根寛編，青海社，東京，2007，pp68-80
- 6) 山崎郁子：音楽活動．作業 - その治療的応用 改訂第2版．日本作業療法士協会編，協同医書出版社，東京，2003，pp131-137
- 7) Naoki Hayashi : Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses : A

- controlled study. *Psychiatry and clinical Neurosciences*56 : 187-193, 2002
- 8) 高良聖：集団精神療法における技法の選択. *精神科臨床サービス* 3 : 268-271, 2003
- 9) 坂野雄二, 福井知美・他：新しい気分調査票の開発とその信頼性・妥当性の検討. *心身医*34 : 629-636, 1994
- 10) 雄鹿賢哉：音楽を聴く形態の違いが作業効率に及ぼす影響について～巧緻動作に注目して～. *秋田大学医学部保健学科作業療法学専攻卒業研究論文集*第6巻 : 27-33, 2012
- 11) 岡本幸：精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehab). *作業療法ジャーナル*38 : 664-668, 2004
- 12) 岩永誠：音楽の特徴と好み的感情に及ぼす影響. *日本バイオミュージック学会*17 : 104-109, 1999
- 13) 浅野雅子：慢性期統合失調症患者に対する音楽療法介入の研究. *九州大学学術情報リポジトリ* 3章 : 27-48, 2011
- 14) 佐藤正之：音楽する脳 音楽の脳科学. *脳とソシアル* 脳とアート 感覚と表現の脳科学. 岩田誠・他編, 医学書院, 東京, 2012, pp149-166
- 15) 信田さよ子：集団精神療法におけるリーダーシップについて. *精神科臨床サービス* 3 : 272-277, 2003
- 16) 浅野雅子：個人的音楽背景の違いによる音楽療法の効果への影響. *九州大学学術情報リポジトリ* 4章 : 49-62, 2011
- 17) Rangneskog H: Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scand J Caring Sci*10 (1) : 11-17, 1996
- 18) 嶋田敬士, 山田亨・他：SVMによる笑顔度推定技術を用いた音楽療法効果の評価方法に関する検討. *情報処理学会論文誌*, 55(12) : 2569-2581, 2014
- 19) 山根寛：音楽を用いる療法の構造. *ひとと音・音楽療法として音楽を使う*. 山根寛編, 青海社, 東京, 2007, pp38-65
- 20) 岡田尊司：統合失調症と認知機能障害. *統合失調症その新たなる真実*. 岡田尊司編, 株式会社 PHP 研究所, 京都, 2010, pp126-154



## A possibility of intercommunication by real performance with patients who have difficulty in verbal communication Focusing on schizophrenic patients

Kenya OGA\* Yoshitsugu NIYYAMA\*\*

\* Ibaraki Prefectural University of Health Sciences Hospital

\*\* Akita University School of Health Sciences

### Abstract

The purpose of the present study was to examine the therapeutic effects of real performance (RP) in schizophrenic patients who have difficulty in verbal communication. This study compared the way that subjects listened to music in an RP setting and how they listened to recorded music (RM).

The participants included 53 long-term patients who were hospitalized in recuperation wards, who had been diagnosed with schizophrenia. Patients with unequivocal organic cognitive impairment or mental retardation, and those who required ongoing occupational therapy were excluded from the study. All of the participants gave written informed consent to participate in the study.

We compared the patients' responses to RP and RM to examine the therapeutic effects of the different ways of listening to music. In the RP sessions, the involvement of the patient was passive, and mainly consisted of the therapist performing music while the patient listened. In the RM sessions, the involvement of the patient was also passive, and mainly consisted of the recorded music being played while the patient listened. Both types of sessions lasted 15-minutes and used the same music. The patients underwent either RP or RM therapy once per week. We evaluated the psychological condition of the patients in the RP and RM groups using The Mood Inventory (MOOD).

At the end of the therapy period, the participants of the RP group showed significant improvement in "exhilarating feeling" and "feeling relaxed" ( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ , respectively), and the participants applauded and cheered their therapist. The present study showed that RP, which stimulates the senses of the patients, can be effective as an induction therapy for promoting intercommunication between schizophrenic patients who have difficulty in verbal communication and their therapist.