

発達心理臨床におけるタッチの意義

今野 義孝*

The Significance of Touch in the Sphere of Developmental Clinical Psychology

Yoshitaka Konno

要約

本論文は、タッチの発達心理臨床における意義について述べたものである。ここでは、Kepner の定義に従って、タッチをマッサージやリラクゼーションにまで拡大して捉えることにした。本論文は、2部によって構成されている。第1部では、幼児の発達におけるタッチの心理・生物学的な効果について、未熟児を対象にした研究や情緒・行動障害児を対象にした研究、PTSDの児童や被虐待児を対象とした研究、母子相互作用の研究などの文献研究に基づいて述べた。第2部では、筆者の提唱した「身体体験共有理論(body-experience sharing theory;BEST)」の観点から、自閉症児のコミュニケーションの障害や「心の理論」の障害について考察した。そして、動作法の「とけあう体験の援助」を用いた発達障害児のコミュニケーションの形成に関する事例研究を紹介した。

キーワード: タッチ, 発達心理臨床, 動作法, コミュニケーションの発達

はじめに

「手当て」という言葉に代表されるように、タッチが心身の安寧(wellbeing)をもたらすことは洋の東西を通じて古くから知られており、宗教的な行為や癒しの行為として用いられてきた。近年、タッチは心理臨床の領域でもその潜在的な有効性が認められるようになってきた。Kepner(1987)は、心理臨床におけるタッチの様相を文字通り身体に触れるという触覚刺激の呈示からストレッチングやマッサージ、リラクゼーションの援助という側面にまで拡大して捉えている。また、Kepnerはグシュタルト療法の立場から、タッチは単に

身体に触れることではなく、心に触れるものであることを強調している。Hortonら(1995)は、心理臨床におけるタッチのポジティブな効果を次のようにまとめている。タッチは、クライアントに外界の現実性との結びつきを提供する、タッチは、クライアントに「あなたは一人ではない」ことを伝える、タッチは、クライアントに受容されていることを伝え、自尊感情を強化する、タッチは、クライアントと指導者の間に新しい関係のモードを創造する、タッチは、クライアントに身体的な感覚とのより良い接触を与える、タッチは、クライアントと指導者の間に絆や親密感を形成する、タッチは、クライアントに自己が強化された感覚や保障された感覚、やすらぎの感覚、癒された感覚

*この よしたか 文教大学教育学部

を提供する、タッチは、クライアントに囲まれた感覚や安全の感覚を提供する。

タッチの効果は、情緒・行動の発達やコミュニケーションの発達においてアタッチメントの意義や共同注意の意義が重視されるにつれて、発達心理臨床の領域でも注目されてきている。そこで、本論文では、発達心理臨床におけるタッチの効果に関する文献研究を外観するとともに、動作法によるコミュニケーションの発達援助について述べることにする。

第 部

情緒・行動の発達におけるタッチの効果

1. 幼児の発達におけるタッチの効果

最近の研究では、触覚刺激に反応する成長遺伝子が発見されている (Schanberg, 1995)。このことは、タッチと成長の関係が遺伝子に起源をもつことを示唆している。また、タッチによってカテコールアミンの量が増加することも発見されている (Kuhn et al., 1991)。カテコールアミンは、成人ではストレスの後に上昇するが、正常の発達においては出生後にカテコールアミンの量が増加する。このことから、タッチの成長促進効果が示唆されている。

Field(1995)は、幼児に対するマッサージの効果を次のようにまとめている。親子の絆は、マッサージによって体験される温かいポジティブな関係の発展の中で促進される、マッサージは予防接種などの苦痛な経験によって引き起こされるストレス反応を軽減する、マッサージは乳歯の発生や便秘などと結びついた苦痛を軽減する、マッサージは疝痛を軽減する、マッサージは入眠を促進する、子どもにマッサージをしている間、親に「満足感(feel good)」を与える。

Fieldら(1995)は、未熟児に対するマッサージの効果について検討した。彼らは、20名の未熟新生児に10日間にわたって、1日45分

間のマッサージ(1回15分のマッサージを3回実施)を行った。子どもの平均妊娠年齢は31週、平均出生時体重は1289gであり、この研究の前に20日間の集中療育を受けていた。対象児はうつぶせに寝かされ、頭と顔、首と肩、背中、脚、腕に、それぞれ1分間のマッサージを受けた。対象児はある程度の圧を好むことから、スウエーデン式マッサージが用いられた。その結果、マッサージによって47%以上の体重増加やBrazelton Scaleのhabituation, orientation, motor activity, regulation of state behaviorの改善が見られた。

Wheedenら(1993)は、コカインに曝された未熟児へのマッサージ療法の効果について検討した。対象児は、30名のコカインに曝された未熟新生児で、医学的に安定したと判断された時点で、マッサージ療法群と統制群に分けられた。グループ分けは、妊娠年齢と出生時体重、集中療育期間、それにこの研究に参加したときの体重に応じてランダムに行われた。治療群の対象児は、10日間の間、連続した3時間において15分間ずつマッサージを受けた。その結果、2群ともインテークの時点では違いがなかったが、マッサージ群は一日につき28%の体重増加(26gに対して33g)が見られた。実験群の対象児では統制群の対象児よりも産後の合併症(complication)とストレス行動が減少した。実験群の対象児は、10日間の治療時点でBrazelton Neonatal Assessment Scaleにおいて、より多くの成熟した運動行動を示したことが認められた。

Fieldら(1996)は、抑うつで社会的に低い地位にあるシングルスの若年の母親(14~19歳)から生まれた1ヶ月から3ヶ月の満期出産の幼児に対して、15分間のマッサージ療法を行った。マッサージ療法は1週間に2回実施され、6週間継続された。その結果、幼児はむずかかったり過剰な覚醒状態で過ごすことが少なくなり、睡眠誘導をしやすくなった。

また、より大きな体重の増加を示し、情緒や社会性が発達し、かんしゃくを容易に鎮めることができるようになった。尿中のストレス性カテコールアミンの量も減少した。

2. 情緒・行動障害に対するタッチの効果

Holroydら(1980)は、タッチが有効な対象として、社会的・情緒的に未熟なクライアント(例えば、虐待や母性遮断の過去をもつクライアント)、悲しみやトラウマ、抑うつ、急性の苦痛を経験しているクライアント、一般的な情緒的サポートを求めているクライアントをあげている。Wilson(1982)は、タッチは、身体的な虐待や情緒的な虐待を受けたり、無視されてきたクライアントに有効なことを指摘している。

Fieldら(1992)は、抑うつと適応障害のために入院している児童に対して、5日間にわたって毎日30分間、背中にマッサージを行った。マッサージは、中程度の圧とスムーズな動きからなり、首を上から下に、首から肩へ、背中から首へ、首から腰へ、脊椎に沿って背中から首へ、という順序で行われた。その結果、抑うつと不安が低下し、唾液のコーチゾル・レベルの低下や尿のコーチゾル・レベルとノルエピネフリン・レベルの低下が見られた。また、治療期間を通じて夜間睡眠が増加した。

Fieldら(1996)は、1992年8月にフロリダを襲い大きな被害をもたらしたAndrew台風の後に外傷性ストレス障害(PTSD)を引き起こした児童に対するマッサージ療法の効果を検討した。対象児は教室で問題行動を示した1年生から5年生までの児童であり、Posttraumatic Stress Disorders Reaction Indexの得点から、重篤な外傷性のストレスに陥っていたことが認められた。これらの児童は、マッサージ療法によって不安感や抑うつ感が減少し、リラックス感や幸福感が増大した。また、唾液のコーチゾル・レベルが低下した。

Hegartyら(1996)は、マッサージ療法が、重度の知的障害児のコミュニケーション・スキルの向上や注意のスパンの増加をもたらすことや、破壊的な行動の減少をもたらすことを報告している。彼らのマッサージの方法は、羽毛のような(featherlike)円運動によってどこに自分の手が動きたがっているかを直感的に感じ取りながら行うという特徴がある。足、すね、腕、背中に対して20分ないし30分間のマッサージを行うことによって、重度の知的な遅れと極度の破壊的行動と自傷行動とをもつ女性の頭たたき行動や緊張が減少した。一方、スマイルや社会的な行動が増加した。

Schmidts(1998)は、クライアントを安楽イスに着席させ、最初は頭とこめかみ、首、肩をストロークによってマッサージした。マッサージは、指先と拇指球部で小さな円運動をするように行い、ストロークを軽い圧と強い圧で交互に行った。次に、クライアントの側に座り、手と前腕部をマッサージした。これらのセッションの間、クライアントはリラックスしながらマッサージの感覚に注意を集中するように励まされた。マッサージは、10分から25分間続けられた。その結果、ロッキングの改善や他者への身体的な攻撃の改善、顔をたたくななどの自傷行為の改善、窓や家具を壊すなどの破壊行為の改善、金切り声をあげたり衣服を破くなどの行動の改善が見られた。

Kruas(1987)とGrandin(1992)らは、Deep Touch Pressureの臨床的効果について検討している。DTPは、しっかりとしたタッチ(firm touch)や抱擁、なでること、動物を愛玩すること、赤ん坊を着物で巻き付けることなどの、ほとんどの働きかけに共通する、表面に圧を加える方法の一つである。DTPは様々な臨床の場において有効なことが見いだされており、自閉症児や注意欠陥多動障害児の興奮や過覚醒を鎮静させる効果のあることが報告されている。また、触覚防衛の軽減に

も有効である。McClureら (1991) は、副木を応用した腕に対する DTP によって、自閉症児の自傷行動と自己刺激行動を減少させることを見いだしている。

Grandin(1992) は、自分自身が高機能自閉症で過緊張や興奮に悩まされていたが、締め付け器が牛の興奮を鎮めることにヒントを得て、自閉症児の興奮を鎮静させるための締め付け器を開発した。Grandin自身の体験報告によると、圧がゆっくりと上昇した後ゆっくりと減少することによって、鎮静効果が一時間半も持続した。

3. 母子相互作用におけるタッチの効果

Tronick(1995) は、母子相互作用におけるタッチやマッサージ療法の効果を次のようにまとめている。タッチやマッサージ療法の直後には活動性が低下し、眠気と静かな睡眠が増加する、タッチやマッサージ療法の後には、幼児の眠りにつくまでの時間が短くなる。2週間の治療期間の末までに眠りにつく潜時は22分から9分に減少する、2週間目の終わり頃までには、幼児のむずかりが減少する、幼児の行動が安定し、発声の頻度が増加する。また、母子間の遊びがより年齢相応のものになる、抑うつ的な母親は、自分の「抑うつ的な」子どもをなだめやすくなったと感じるようになる。

これらの報告から明らかのように、タッチは鎮静効果やストレスの低減効果、行動の調節機能の促進効果をもっていると考えられる。この調節機能は、その後の発達において幼児がストレス事態や高レベルの覚醒への対処を促進するための基本的な経験を形成するものと考えられる。

しかし、行動の調節機能の促進効果はタッチの物理的側面だけによるものではない。それには、養育者と幼児の間における相互調節プロセスという社会的・文化的な要因が不可欠である。つまり、幼児の調節機能が正常に

発達するためには、他者からの社会的・文化的な刺激インプットの存在を欠かすことができない。このような刺激インプットの存在によって、タッチは他の表現モダリティやコミュニケーション・モダリティと結びついて、養育者と子どもとの間の相互調節機能を促進したり、子どもが他者の心を経験したり理解することを可能にするものと考えられる。

しかし、すべてのタッチが調節機能の発達にとって促進的な効果を持っているわけではない。例えば、抑うつ的な母親や自分自身が虐待を受けた経験のある母親は、より頻繁に自分の子どもをつついたりこすったりすることが報告されている。母親のこうしたタッチは、幼児のネガティブな感情と視線回避に関係する。従って、こうした母親に対しては快適なタッチを用いることによって、健康で愛すべき親の役割反応を援助したり、それによって親が自分自身の身体を快適に受容する経験を深めることを援助することが重要である。Wilson(1982) や Wilsonら (1986) は、子どもを虐待したり無視したりする親にとってもタッチが有効なことを指摘している。その理由は、虐待をしている親の多くは自分も虐待を受けてきていることが多いからである。

Fieldら (1996) は、抑うつ的な若年の母親に対するタッチの効果を検討した。この研究では、マッサージ療法が、1週間に2日連続して5週間続けられた。1回のマッサージは30分間で、最初の15分間は仰向けになって、頭・首、腕・手、胸、脚・足の4部位に行われた。次の15分間は、うつむきになり、足首のストレッチ、膝とふくらはぎの振動、尻から爪先までを長くゆったりなでる、片側の腰のストレッチ、脊髄から肩にかけてなでる、腕から手にかけてなでる、僧帽筋を押す、脊髄に平行して手の外側を上から下へとこする、首の後ろを押したり伸ばしたりする、頭から背中、爪先にかけてゆっくりとなでる、という内容のマッサージが行われた。

その結果、不安行動の改善や心拍レベルの低下、唾液のコーチゾル・レベルの低下、尿のコーチゾル・レベルの低下が見られた。コーチゾルは、ストレスから生体を防御する物質である。このことは、5週間のマッサージ療法の後でストレスが低下したことを示唆している。

Tronick(1995)は、祖父母にマッサージを経験してもらい、無視や虐待を受けた子どもにマッサージを施す訓練をした。その結果、子どもに次のような変化が見られた。マッサージの後で、眠気と静かな睡眠が増加した、マッサージ療法の1ヶ月後には、注意集中と追視行動が増加した、行動観察によると、活動性や安定性、なだめやすさが増加した。一方、マッサージを提供した祖父母には、不安の改善や抑うつ症状の改善、気分の改善、コーチゾル・レベルの低下、生活スタ

イルの改善と社会的な接触の増加、通院回数の減少、コーヒー摂取量の減少、自尊感情の改善、などが認められた。

第 部

動作法によるコミュニケーションの援助

1. 身体体験の共有とコミュニケーション

コミュニケーションの起源は、アタッチメントにまで遡ることができる。そこでの中心的な体験は、子どもと養育者の間で交わされる温かさや柔らかさなどの快適な身体感覚の共有体験である。ところが、自閉症児の多くは、Figure 1に示すように、刺激に対する過敏性や覚醒水準の調節の不全などのために、人生の早期からネガティブな身体体験が優勢で、心と身体との間の調和的な体験が損なわれている。そのため、他者との間で快適な身

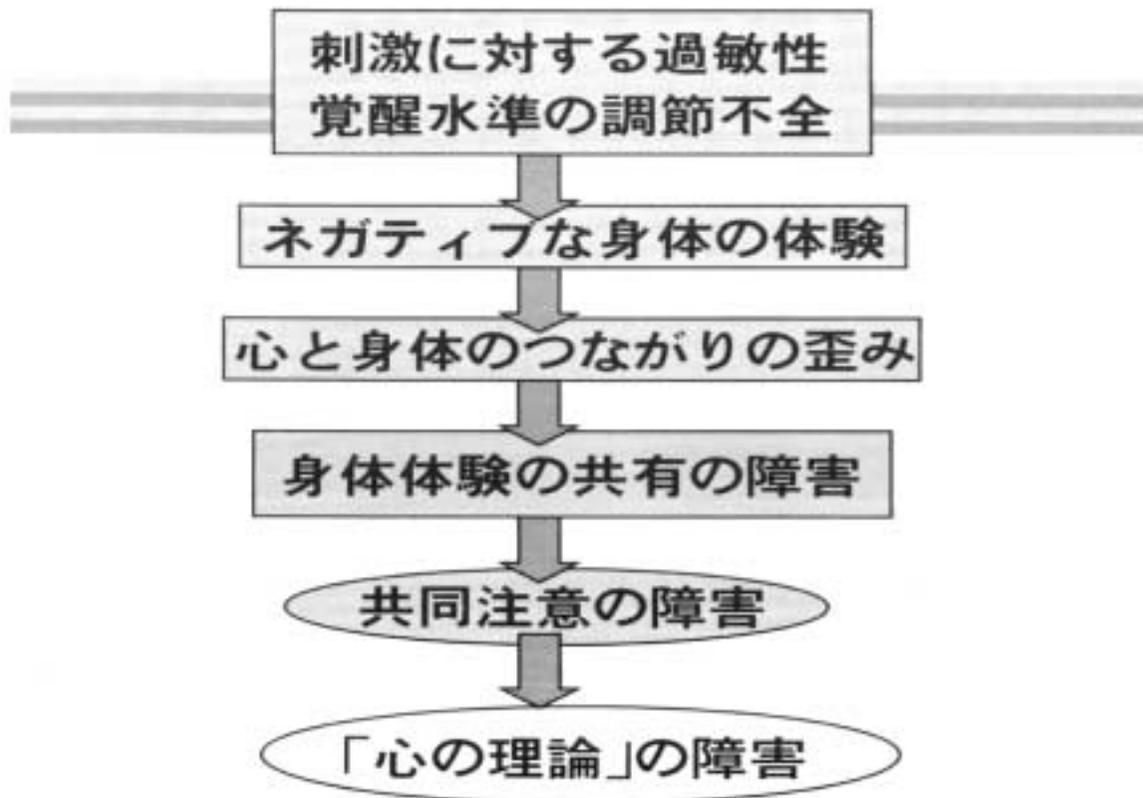


Figure 1 自閉症児における共同注意の障害の形成過程

体の体験を共有することが困難になる。その結果、他者との間で興味や関心、楽しみなどを分かち合う「共同注意 (joint attention)」ないし「注意の共有メカニズム (shared-attention mechanism; SAM)」が障害される。そして、さらに共同注意の障害は、自 - 他者の心の理解に不可欠な「心の理論 (theory of mind)」の障害を引き起こすと考えられる (Baron-Cohen, 1995)。

動作法は、指導者がクライアントの身体に直接触れてリラクゼーションの援助や動きのコントロールの援助、姿勢づくりの援助を行うものである。動作法 (今野, 1990) やタッチ療法 (Fieldら, 1997) は、自閉症児や多動児の情動的な興奮を改善し、他者とのコミュニケーションの発達を促進することが報告されている (今野, 1992)。動作法の治療メカニズムの1つの要因として、指導者とクライエン

トとの援助関係の中で展開される身体の共有体験があげられる。今野 (1997) は、この共有体験を促進する方法として「とけあう体験の援助」を開発した。「とけあう体験の援助」では、指導者とクライアントの間に、「身体の動きと広がりを感じ」や「呼吸の呼応感」、「心拍の呼応感」、「気持ちの一体感」、「身体の一感」、「安心感」、「信頼感」などの体験が共有されることが報告されている (今野, 1998 a ; 今野, 1998 b; Konno and Tajimi, 1998)。

Konno (1999) は、「とけあう体験の援助」に代表される動作法の援助 によってもたらされるコミュニケーションの形成過程を「身体体験共有理論 (body-experiencesharingtheory; BEST)」によって説明している。それによると「とけあう体験の援助」は、Figure 2 に示すように、ネガティブな身体体験を改善し、指導者

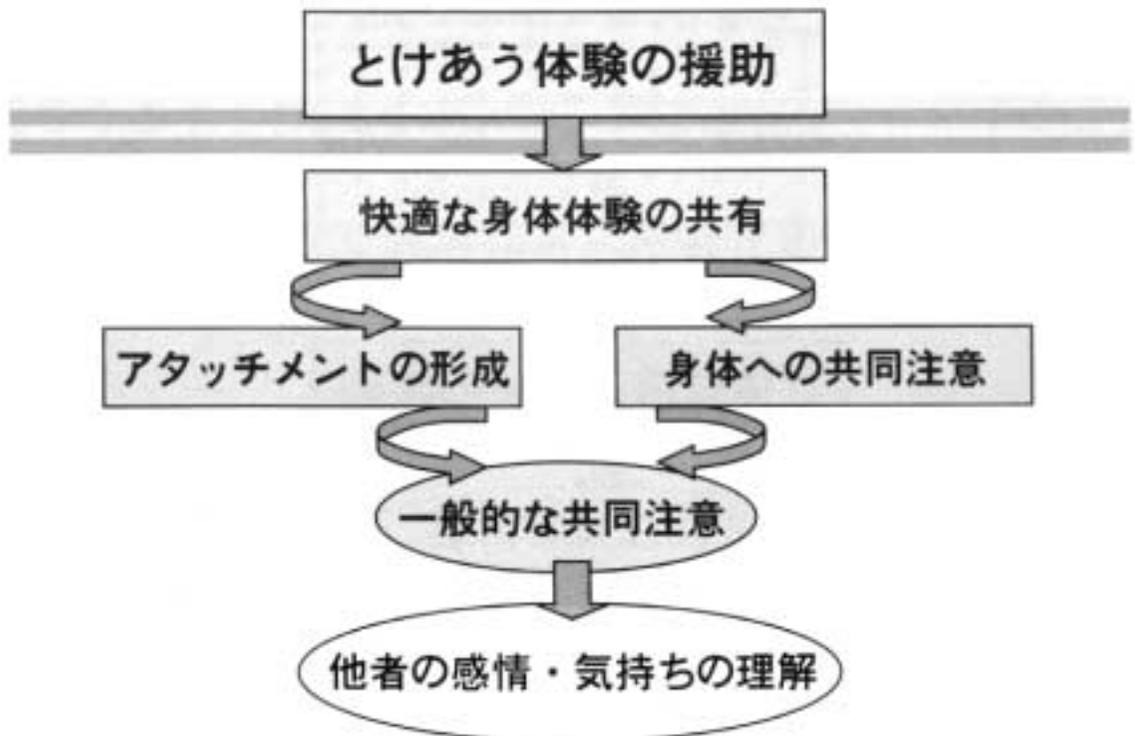


Figure 2 身体体験共有理論による共同注意の形成過程

(養育者)と子どもとの間に快適な身体体験の共有を確立することによって、アタッチメントの形成や身体の体験に基づく共同注意 (body-experience-based joint attention) の発達を促進する。そしてこのことが「共有の指さし」や「参照的注視」、「他者との快の情動の共有」などの一般的な共同注意の発達を促進し、他者の感情や気持ちの理解の発達をもたらすものと考えられる。

2. コミュニケーションの事例研究

今野 (1999) は、「とけあう体験の援助」の場面における発達障害児のコミュニケーションの様相をビデオの分析を通して検討した。対象児は、F市の障害児をもつ親の会主催の集中訓練会に参加した12名の中から、筆者と初対面で、保母によって初対面の人への抵抗が強いと判断された3名の男児である。訓練会では、最初に筆者が個々の対象児に8分から10分間にわたって師範訓練を行った。動作法の援助方法としては、主として「とけあう体験の援助(とけあい)」を用い、併せて「腕あげ動作コントロール」と「姿勢づくり」を用いた。これらの訓練の実施手順は、今野 (1997) に従った。この研究では、筆者(Th)が行った師範訓練場面の録画記録を分析対象とした。分析には、行動描写法とタイム

サンプリング法を用いた。

(1) 対象児 A(5歳2カ月, 男児)

本児は対人的な緊張が強く、引っ込み思案で一人遊びが多いが、最近他児への関わりが見られるようになった。また、指さし行動が増え、二語文も出るようになった。

「とけあいで仲よし(他児と一緒に肩のとけあいをする)」(90秒間)では、最初は他児やThを無視するように、とけあいを受けながら絵本をめくったり、絵本に視線を向けていた。しかし、次第に他児やThに視線を向け始め、「肩のとけあい」(70秒間)では、絵本を指さしてThの顔を見たり、ニコニコした表情で「おさかなだよ」と言いながら絵本を指さしては、側にいる他児や保母を見る行動を繰り返した。「足のとけあい(父親に抱かれて行う)」(170秒間)では、気持ち良さそうな表情で顔を父親の胸に埋め、絵本を指さしながら父親に話しかけ、次にThの顔を見て話しかけることを繰り返した。訓練後も、他児に絵本を指さして見せたり、笑顔で保母の顔を見ながら、雑巾掛けのまねをしてタオルで床を拭いたり、タオルをシャツに見立てて畳んだりした。

Figure 3は、3秒間を1ユニットとしたタイムサンプリングの結果を示したものである。ここでは、観察された行動の全てをタイ

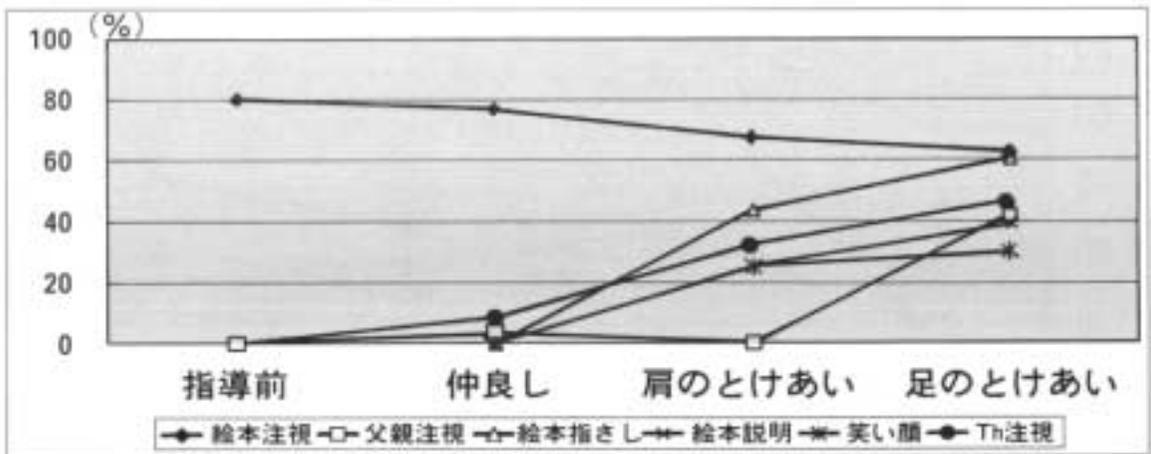


Figure 3 対象児 Aにおける行動の出現頻度

ムサンプリングした上で、それらの行動を“絵本注視”、“父親注視”、“Th注視”、“絵本指さし”、“絵本説明”、“笑い顔”の5つのカテゴリーにまとめた。そして、「指導前」、「とけあいで仲良し」（仲良し）、「肩のとけあい」、「足のとけあい」のそれぞれの期間における出現頻度（出現ユニット数/全ユニット数）の割合（パーセンテージ）を求めた。それによると、「肩のとけあい」の時期から、“Th注視”と“絵本指さし”、“絵本説明”“笑い顔”が出現した。さらに「足のとけあい」では、“父親注視”も出現した。このことは、“絵本注視”がThと父親との間で共有されるようになったことを示している。

(2) 対象児 B (4歳8カ月, 男児)

本児は不安傾向が強く、新しい場面や集団場面になれるのに時間がかかる。踏み締めが弱く、立位姿勢や歩行が不安定である。両親や担当の保母との間では会話ができる。

「手のとけあい」（100秒間）では、すぐに緊張が弛み、穏やかな表情で手を見つめたり、正面に座っている母親に嬉しそうな表情で「お母さん」と言いながら、手をさしのべ

たりした。次に、「三身一体のとけあい（母親が本児を横向きに抱き、Thが二人の肩に同時にとけあいをする）」（111秒間）では、気持ちよさそうに母親の胸に顔を埋めながら、Thの顔を注視し続けた。Thが「気持ちいいでしょう」と言うのと「ウン」と答え、自分からThに両手を伸ばして抱かれた。そして、Thに抱かれながら、気持ち良さそうな顔で母親の顔を見続けた。「足のとけあい」（65秒間）では、気持ち良さそうな表情で自分の足とThを交互に見た。そして、Thが「気持ちいいでしょう」と言うのと、「ウン」と答えた。次に「ピター、フワー」のリズムに合わせて両手を合わせたり、自分の頬に手を当てたりし、その間もThを注視し続けた。「顔と頭のとけあい」（84秒間）では、Thの手の上に自分の手を載せて一緒にとけあいをし、嬉しそうに拍手をした。訓練後も、Thの膝に自分から座り、しばらくの間、周りの様子を指さしをしながら注視し続けた。

Figure 4は、5秒間を1ユニットとしたタイムサンプリングの結果を示したものである。それによると、訓練の進行にともなって“笑い顔”が多くなっている。また、「三身

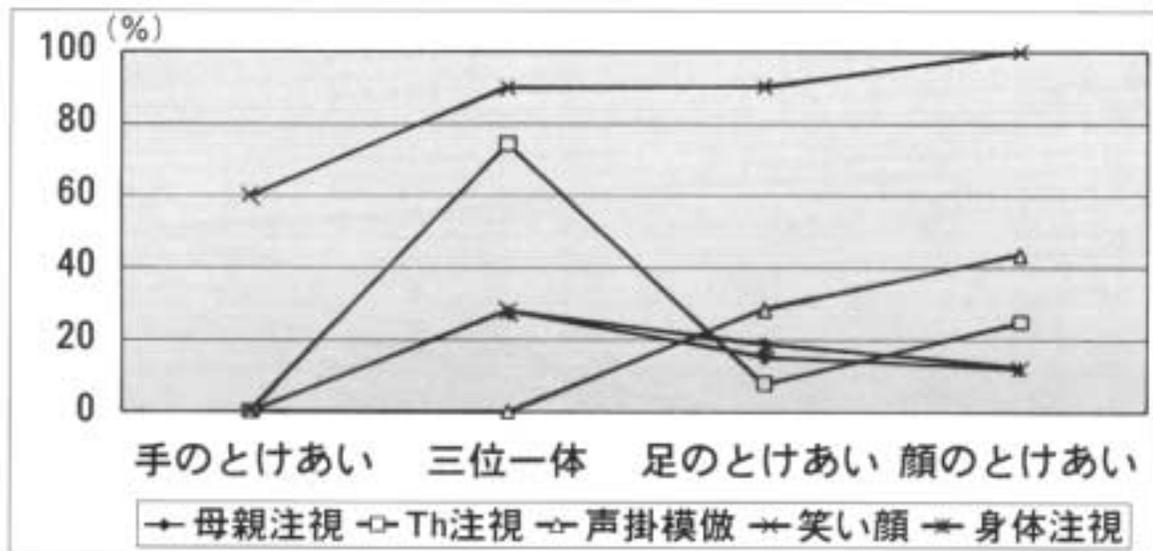


Figure 4 対象児Bにおける行動の出現頻度

一体のとけあい」(三身一体)では、「Th注視」と「母親注視」が出現した。さらに、「足のとけあい」と「顔のとけあい」では、Thの「ピター、フワー」の「声掛け模倣」が出現した。

(3) 対象児C (5歳6カ月, 男児)

本児は不安緊張や触覚防衛的な反応が強く、初対面の人や場面に対して抵抗を示す。姿勢が不安定で、課題場面で脱力反応をする。ことばは二語文が出ており、両親とは会話ができる。

「手と肩のとけあい」(52秒間)では、くすぐったがり、身体をくねらせて拒否した。「足のとけあい(1回目)」(65秒間)でも初めのうちは足を縮めたり、Thの手を払いのけたりした。「腰のとけあい」(55秒間)でも、最初は「イテテー」と言いながら背中を反らしたり丸めたりしていたが、次第に真剣そうな表情で自分で腰を伸ばし始めた。そして、Thや周りの人が拍手をすると、嬉しそうに笑った。「あぐらでの姿勢づくり(1回目)」(65秒間)では、最初からThの誘導に合わせて自分から腰を伸ばし、周囲の人が拍手をすると自信に満ちた表情で周りを見回した。次に、「足のとけあい(2回目)」(130秒間)では、最初からゆったりと力をぬき、気持ち良さそうな表情で、隣に寝ている他児の顔や胸を優しく撫でたり、顔をのぞき込んだりした。他児が

嬉しそうに本児の腕を握ると、本児もニコニコした表情で他児の胸を撫で続けた。最後の「あぐらでの姿勢づくり(2回目)」(45秒間)では、自信に満ちた表情で自分からゆっくりと腰と背中を伸ばした。そして、周囲の人が拍手をすると、嬉しそうに笑いながら腰を伸ばす動作を繰り返した。

Figure 5は、5秒間を1ユニットとしたタイムサンプリングの結果を示したものである。それによると、「拒否的動き」は訓練の進行とともに減少し、1回目の「姿勢づくり」以降見られなくなった。それに代わって、積極的に腰を伸ばす「姿勢動作」と周囲の評価を確認する「周囲注視」が出現した。2回目の「足のとけあい」では、「他児関わり」や「他児注視」が出現した。

まとめ

発達心理臨床の領域では、心と身体に総合的に働きかけるマルチ・モーダルな援助が求められる。Hegartyら(1996)は、重度の発達障害児・者に対する従来の多くの心理療法の難点として、指導者とクライアント間のかかわりの手段が主として言葉に依存していることを指摘し、援助関係を発展させるためには種々の非言語的なコミュニケーションの手段が不可欠なことを指摘している。その中でも、最も基本的な手段は、タッチを始めとす

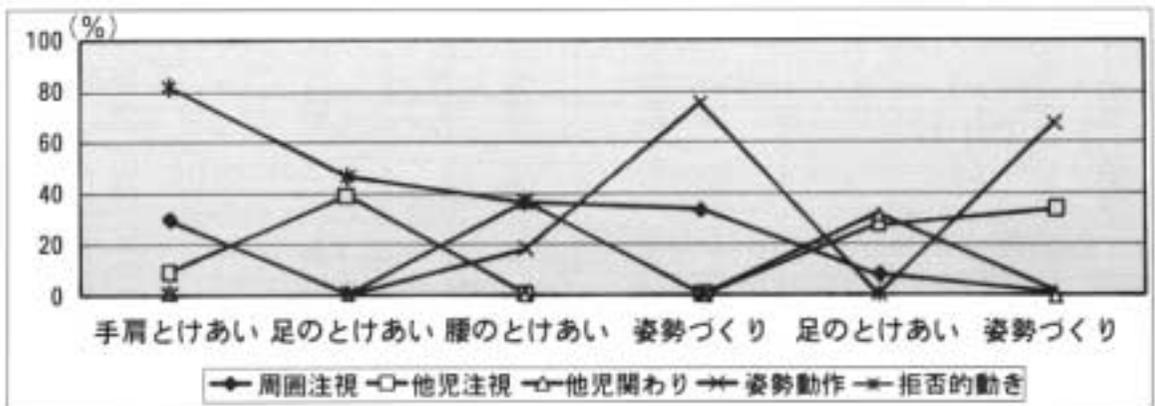


Figure 5 対象児Cにおける行動の出現頻度

る触覚や固有受容器感覚などによって伝達される情報である。

発達心理臨床では、タッチのポジティブな側面が重視される。Fisherら(1976)は、タッチがポジティブに経験される要因として、場面に適切なものであることやクライアントが受容可能なレベルのものであることをあげている。また、今野(1997)は、タッチの効果は、タッチを行う人とそれを受ける人との間の関係性に依存していることを指摘している。すなわち、「触れる - 触れられる」という関係が指導者(または養育者)とクライアントとの間で相互に反転し、タッチのポジティブな体験が両者の間で共有されることが、相互の主体性の確立やコミュニケーションの発達にとって重要な意味をもっていると考えられる。

今後は、コミュニケーションの発達援助におけるタッチの効果と相互関係性という観点からさらに詳細に検討する必要がある。

文 献

- 1) Baron-Cohen, S. 1995 Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind. The MIT Press Cambridge, Massachusetts, London, England (長野敬・長畑正道・今野義孝訳 自閉症とマインド・ブライントネス青土社 1997)。
- 2) Field, T., Morrow, C., Valdeon, C., Larson, S., Kuhn, C., and Schanberg, S. 1992 Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 125-131.
- 3) Field, T. 1995 Infant massage therapy. In Field, T.M.(ed.) *Touch in Early Development*. Lawrence Elbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- 4) Field, T., Seligman, S., Scafidi, F., and Schanberg, S. 1996 Alleviating posttraumatic stress in children following Hurricane Andrew. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 37-50.
- 5) Field, T., Grizzle, N., Scafidi, F., Abrams, S. et al. 1996 Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 19, 107-112.
- 6) Field, T., Lasko, D., Henteleff, T., Kabat, S., Talpins, S., and Dowling, M. 1997 Brief report: Autistic attentiveness and responsivity improve after touch therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 333-338.
- 7) Fisher, J.D., Rytting, M., and Heslin, R. 1976 Affective and evaluative effects of an interpersonal touch. *Sociometry*, 39, 416-421.
- 8) Grandin, T. 1992 Calming effects of deep touch pressure in patients with autistic disorder, college students, and animal. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2, 63-72.
- 9) Hegarty, J.R. 1996 Touch as therapeutic medium for people with challenging behaviours. *British Journal of Learning Disabilities*, 24, 26-32.
- 10) Horton, J.A., Clane, P.R., Sterk-Elison, C., and Emschoff, J. 1995 Touch in psychotherapy: A survey of patient's experience. *Psychotherapy*, 32, 443-457.
- 11) Holroyd, J., and Brodsky, A. 1980 Does touching patients lead to sexual intercourse? *Professional Psychology*, 11, 907-911.

- 12) Kepner, J. I. 1987 *Body Process: A Gestalt Approach to Working with Body in Psychotherapy*. Gestalt Institute of Cleveland Press. New York. London.
- 13) 今野義孝 1990 障害児の発達を促す動作法 学苑社 .
- 14) 今野義孝 1997 「癒し」のボディ・ワーク 学苑社 .
- 15) 今野義孝 1998 a 「とけあう体験の援助」によるリラクゼーションにおける体験の共有 人間性心理学研究, 16, 170-176.
- 16) 今野義孝 1998 b とけあう体験の援助における援助者 - クライアント間の共有体験 文教大学教育学部紀要 , 32, 65-77.
- 17) Konno, Y., and Tajimi, T. 1998 Co-experience between therapist and client during therapeutic touch. Transnational Network for the Study of Physical, Psychological, and Spiritual Wellbeing. The 5th Conference, April, 27-30, Beijing, China.
- 18) Konno, Y. 1999 Is joint attention deficits in autistic children curable?: From the viewpoint of Dohsa-method based "body-experience sharing theory (BEST)". The Annual Report of Educational Psychology in Japan, 38, 227-236.
- 19) 今野義孝 1999 動作法による発達障害児のコミュニケーション援助 - 「とけあう体験の援助」のビデオ分析 - 日本特殊教育学会第37回大会発表論文集, 196 .
- 20) Kruas, K.E. 1987 The effects of deep pressure touch on anxiety. The American Journal of Occupational Therapy, 41, 366-373.
- 21) Kuhn, C., Schanberg, S., Field, T., Symanski, R., Zimmerman, E., Scafidi, F., and Roberts, J. 1991 Tactile-kinesthetic stimulation effects on sympathetic and adrenocortical function in preterm infants. Journal of Pediatrics, 119, 434-440.
- 22) McClure, M.K., and Yotz, M. 1991 The effects of sensory stimulatory treatment on autistic child. American Journal of Occupational Therapy, 15, 1138-1142.
- 23) Schanberg, S. 1995 The genetic basis for touch effects. In Field, T.M.(ed.) Touch in Early Development. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- 24) Schmidts, G. 1998 *Wholistic Massage*. Victoria, Australia: G. Schmidt.
- 25) Tronick, E.Z. 1995 Touch in mother-infant interaction. In Field, T.M.(ed.) Touch in Early Development. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- 26) Wheeden, A., Scafidi, F.A., Field, T., Ironson, G., et al. 1993 Massage effects on cocaine-exposed preterm neonates. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 14, 318-322.
- 27) Wilson, J.M. 1982 The value of touch in psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, 52, 65-72.
- 28) Wilson, B.G. and Masson, R.L. 1986 The role of touch in therapy: An adjunct to communication. Journal of Counseling and Development, 64, 497-500.