

2017年12月23日東洋大学
第9回人間再生研究会
レジュメ:臨床と治療法の間ー整形外科系疾患症状の諸類型に
ついて

芳賀赤十字病院
大越友博

オリバー・サックス:左足をとりもどすまで、晶文社(1984)ー大脇四
頭筋断断術後..私は「足を失った」固有感覚障害を生じた
私がなにかを失ってしまったことはたしかだ。「左足」をなくしたらしい。
い。そんなばかな。足はそこにあるではないか。ギプスに保護され
て、ちゃんと「存在」している。それは「事実」だ。疑問の余地などな
いはずだ。いや、そうとばかりは言えない。足を「所有する」という問
題にかんしては、どうにも不安で確信をもつことができなかった。
「考えていたこと」と発見したことがまったくちがっていた「おまえはだ
れだ」「私のからだの一部であるはずがない」..整形外科系の損傷
でこのような事が起こるのかと考えさせられた1冊

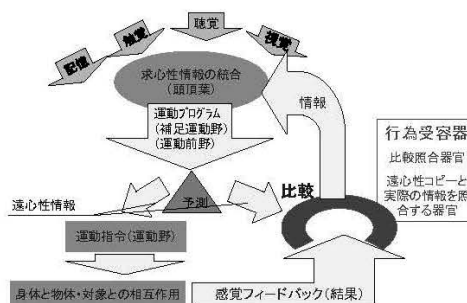


○運動器:力学器官(骨)・実行器官(筋)・情報器官(神経)

中枢神経系は、求心性情報に一貫性がない場合、予想したものとういう
ことでそれらの情報を排除してし、その結果、各要素間が協調して動くことが
できなくなった中枢の運動プログラムとの不一致状態が続くと考えられる。
また、それは痛みの発生につながる可能性があり、痛みが生じると、動
きの制限因子としてさらに身体の細分化が困難になる。さらに、痛みによ
って局所的な情報の使用が制限されるため、全体的な運動ストラテジーにも
異常が生じるという悪循環が生じる。 Franca Pant'e



機能システム(Anochin PK)



○運動障害のひとつの観点:知覚ー運動ループとその破綻

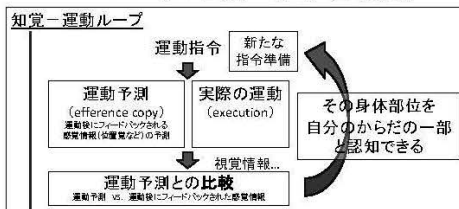
ヒトに備わっている各種感覚情報は、身体周囲の環境と環境内
における自己身体の位置情報と姿勢を知覚することに利用され、
その感覚情報から自己身体運動イメージを形成し、運動計画
の立案から運動の実行を行い、運動がおければ新たな感覚情報
が入力される一感覚系と運動系は常に情報伝達を繰り返しており、
これを「知覚ー運動ループ」と呼ぶ

健常者であっても、自己身体に関する視覚情報と体性感覚情
報が一致せずに知覚ー運動ループが破綻した場合には疼痛な
ど異常感覚が出現し、また逆に、四肢切断後の幻肢痛患者に鏡
を用いて患肢の視覚情報を与えると、患肢の知覚ー運動ループ
が再統合される結果、幻肢の随意運動感覚が出現し幻肢痛が寛
解することも知られている

このように知覚ー運動ループは、CRPS(複合性局所疼痛症
候群)など病的疼痛の発症メカニズムと密接に関わっていること
が示唆されている

慢性痛に対するリハビリテーション

ニューロリハビリテーションを考える



知覚ー運動ループの破綻
その身体部位を自分のからだの一部
と認知できない
→病的疼痛、身体喪失感などの異常
感覚

感覚運動皮質(S1/M1)の機能再構築
一次体性感覚野(S1)、一次運動野
(M1)の体部位再現地図に機能再構築
が生じる(Fior H. Nat Rev Neurosci, 2006)
ことで、疼痛の発生も軽減も起こりうる

(抄録) 慢性痛、神経障害性疼痛に対する神経療法と機能療法. Saito and Nakagawa. JCTR 2018; 2018.2
東京歯科大学科学研究「痛み」に関する教育と情報提供システムの構築に関する研究

Simulating sensory-motor incongruence in healthy volunteers: implications for a cortical model of pain C. S. McCabe, et al

Rheumatology Vol. 44 No. 4

感覚と運動の不一致は何をもたらすか

視覚情報と体性感覚情報の不一致(知覚-運動ループ不一致)実験

痛みの皮質モデルに対する示唆

https://www.researchgate.net/profile/Candida_McCabe

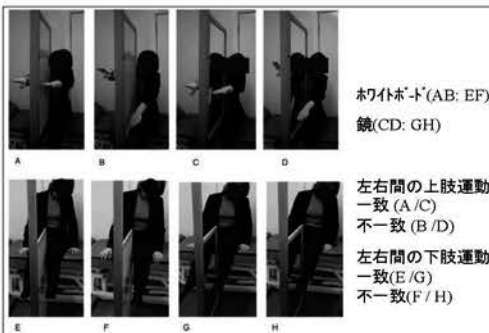
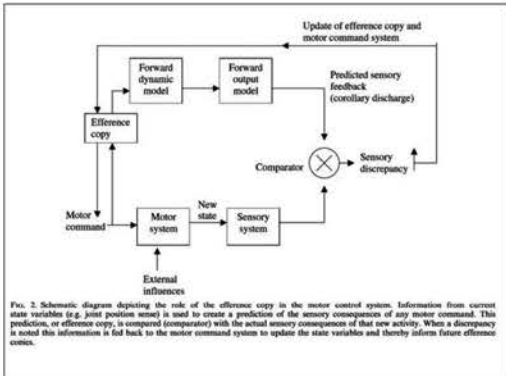


FIG. 1. Subject viewing the whiteboard (A and B; E and F) and mirror (C and D; G and H) whilst performing upper limb congruent (A and C) and incongruent (B and D) movements and lower limb congruent (E and G) and incongruent (F and H) movements.

	Whiteboard		Mirror		At any stage in the protocol
	Congruent movement	Incongruent movement	Congruent movement	Incongruent movement	
Pain	1 (2%)	1 (2%)	5 (12%)	6 (15%)	7 (17%)
Temperature	0	0	0	2 (15%)	2 (15%)
Weight change	2 (5%)	0	3 (7%)	6 (15%)	6 (15%)
Perceived loss of limb	4 (10%)	2 (5%)	8 (20%)	11 (27%)	15 (37%)
Perceived extra limb	0	0	0	9 (22%)	9 (22%)
Peculiarity	3 (7%)	4 (10%)	16 (39%)	14 (34%)	22 (54%)
Total number of subjects experiencing any sensation	6 (15%)	4 (10%)	17 (41%)	24 (59%)	27 (66%)

健康人(41名)を用いて、鏡とホワイトボードを左右の上下肢間に挿入して、上肢と下肢のそれぞれ左右間の一致した運動と左右間で異なる運動を行い感覚と運動間の矛盾した不一致な運動を行ったところ、もっとも症状が現れたのは左右間で異なる運動を行い鏡に映った肢体を見るという感覚と運動間のもっとも矛盾が大きい条件であった

- 66%に何らかの感覚症状が生じ
- 54%にFeeling of peculiarity特異性/奇妙が生じ
- 37%に(上下)肢の喪失感が生じ
- 22%に(上下肢)余剰肢を感じ
- 15%が上下肢の重さの変化と感じ、
- 15%(ミラ-群)が見えない側の上下肢の温度が変化(冷たくor暖かく)したと感じ
- 17%が痛みを感じた

健康人では脆弱性の高いレベルからミニマムなレベルまで差異があった

運動学習過程

- ヒトの学習はどのような仕組みで獲得されるか？
運動の意図と結果の不一致があれば新しいプラン・プログラムが作成される

予測と結果の照合が一致しなければ予測自体を
変更することによって学習する



- 中枢神経系・整形外科系の疾患があると、運動の意図と結果の不一致に気づきにくく適切な運動学習が困難となるのではないかと

不一致に気づき驚くことが新規な運動学習には有効

・ここまでの要点

- ・知覚-運動ループの破綻(運動と運動予測/運動後にフィードバックされた感覚情報の不一致)、予測機構の破綻は、疼痛や異常知覚等の要因となる
- ・運動器が損傷(靭帯や筋etc)すると、そこから上がってくる情報が異常なものになり、運動に参加する各要素から中枢神経系に届けられる情報の一貫性が失われる。中枢神経系は、それらの一貫した情報をもとにどの筋肉をどのように収縮しなければならないかを決定していますから、各要素からの情報がバラバラになって不一致をきたしてしまうと、適確な筋収縮シーケンスのプログラムが行われず間違った筋収縮を起こすという状況が生じる。その結果、調和した運動が失われ痛みが発生する。あるいは、それらの情報があまりに間違っていたり一貫性がない場合、いくつかの情報がまったく脳に上がってこないといった場合は、中枢神経系はそのような情報の意味を理解できなくなり、これを無視することになる。そうすると、損傷部分を動かさなくなってしまう。あるいは代償運動が生じる。
- ・この状況では、予測と結果の照合が一致しなければ予測自体を改変することによる運動学習は困難

TKAで何が変化するか

- ・膝関節の柔軟性
- ・大腿の伸縮性
- ・下腿の伸縮性
- ・足部の伸縮性
- ・背骨の伸縮性
- ・脛骨の伸縮性
- ・足趾

千葉ETC勉強会 黒澤晴先生の手作りより

人工関節や矯正術後に生じる事

- ①当該関節のみならず身体全体に生じる変化
- ②身体図式は術後に自動的に改変されない
- ③運動の予測と結果にズレ(不一致/不整合)が生じる...黒澤晴

「<整形外科系疾患(人工関節前後、矯正術後、キブス固定後、免責後)の症状の諸類型> 関節不整合タイプ、疼痛タイプ、違和感タイプ、不安型、中間型...」

時間的な移行型も存在する可能性も

<整形外科系疾患(人工関節前後、矯正術後、術後キブス固定後、免責等)の症状の諸類型>

関節不整合タイプ(疼痛を伴う例/伴わない例、関節というよりもボディイメージ不整合型、※局所的な情報の使用制限タイプ等)、Pain疼痛タイプ、Peculiarity違和感タイプ、不安型、中間型/複合型、Weight change(重量変化?)

時間的な移行型も存在する可能性も高い

関節不整合タイプは術後早期に出現する可能性がある

その後に、疼痛型と違和感タイプや他のタイプに移行する/複合する可能性がある

Feeling of peculiarity特異性/奇妙さ、Pain、Temperature、Weight change、Perceived loss of limb、Perceived extra limb、C. S. McCabe

※局所的な情報の使用制限タイプ(中枢神経情報を排除して膝関節、足関節周囲筋情報から運動制御する例): 中枢神経系は、求心性情報に一貫性がない場合、予想したものと違うということとそれらの情報を排除して、その結果、各要素間が協調して動くことができなくなった中枢の運動プログラムとの不一致状態が長く考えられる一時的な情報の使用が制限されるため、全体的な運動ストラテジーにも異常が生じるFranca Pante

・症状は多形で個人差が大きい炎症期を過ぎた症例の、痛みや違和感等には末梢側の問題だけではなくそれと関連した中枢側の影響も大きいと考えられる

関節不整合型(急性期)

高位股骨切頭術



入院へ就いて2年目頃に、変形性膝関節症のため2度目の高位股骨切頭術をされた患者を担当した。

どうして一度手術したものの変形すすみ2回も手術する事になったのか疑問であった。

丸棒と板を足裏にあてて、足趾の内外反及び中間位の関節を動かしてみたら足関節内反位を中間位と感じており、そのことに患者自身も非常に驚いた事があった。

以降1年ほど整形外科の診察後にリハビリ室へ寄って「足はまっすぐだよ」と話していた事を覚えている。元氣な患者の方であった。

足趾の内外反の関節の不整合が変形の過因になったのではなかろうか。

<http://www.jinko-kansetsu.com/ask/64/index.html>

変形性膝関節症の術後患者で、高位股骨切頭術の場合は、内側広筋と外側広筋の協調性が主問題になるケースもある...

人工関節置換例では、既往にリウマチや複数関節のOAがある例で足関節の内外反関節に問題を生じている例がある...

・関節不整合型(急性期、疼痛なし):左変形性膝関節症により左膝人工関節置換術を施行した症例

70代の女性、両側変形性膝関節症による膝痛あり、特に左側の膝痛強く歩行時のラストも観察された。既往:右前腕骨折保存療法、右肩OA及び腰板断裂に関節鏡視下腰板修復術

股関節及び術側足関節関節障害と関連した歩行障害

※反射的な代償運動(股内転)を伴う

※反射的な代償運動例(股内転):関節鏡視下置換例では歩行等行為障害を伴う事が多いが痛みを伴う事は少ない

・両膝関節関節鏡視下置換術(膝関節の関節鏡視下では比較的正解多いが臥位で伸屈域のテストでは重度鈍麻となる一姿勢による差異が大きい、疼痛は無い)あり下肢筋力低下しているが歩行障害あり一関節改善に時間を要するのが感覚障害例の特徴(関節不整合型の関節鏡の改善は速やかである)

・頸椎性脊髄症術後(C3-C8)症例:70代女性一動画参照

2ヶ月前より歩行困難となり入院、手指レベルあり巧緻運動難で箸使用困難と、椎弓形成術C3-C8、術翌日R1開始(両手指遠位にシシあり手指MP屈伸内外転速度低下有り、両足底知覚は保たれている、術2日後:両膝関節鏡視下置換術伸屈域で顕著で左側がより重度一ベルクロ器具使用し皮膚感覚四頭筋収縮感に注意を向けると3段階程度の識別可へ改善あるが捻折れ転倒リスクナ、術後5日後両側膝関節鏡視下置換術ありOKC/semiCKC下膝ex可、平行棒内両手支持歩行ex3往復片手支持歩行2往復可、手放し立位可、着座動作も尻も床ではなくゆっくりと四頭筋連心性収縮し可となる。

・関節覚不整合型(局所的な情報の使用制限タイプ、膝伸展域の不整合、足関節の代償例、慢性期、疼痛は無い)両側膝蓋骨亜脱臼の症例ー下肢の関節覚の変性／膝伸筋・屈筋の協調性障害

40代の女性、両膝の違和感と不安感(階段昇降の支持側や、平地歩行では立脚期よりも遊脚期?)があり、坂道をうまく歩けないと、
端座位で、より歩行時の状況に近い膝関節0-60付近での膝関節の深部覚の照合課題を行うと正解可能であるが、膝完全伸展後に深部覚の照合課題を行うと誤差が大きく正解率が低下する。Hamの緊張が高いため膝伸展0度まで伸張されると膝関節覚の混乱が生じる
立位で下肢の関節の位置関係(膝関節と足関節との関係性ー踵は膝の前方にあるか、真下にあるか、後方にあるか)を問うと混乱ある

・ボディイメージ不整合型(急性期、痛みは無い):

右RA足術後の症例:

術前術後のボディイメージの不整合ー身体図式は術後に自動的に改変されない

- ・術前の右足部ー変形と外反母趾が進行している
- ・術後リハ:右足趾の外反変型等を手術で矯正するが、足趾の識別が困難ー頭の中の右足趾のイメージは変型したまま? 小指の隣は人指し指?
- ・整合性がとれるとその状態は継続する

ボディイメージ不整合型(急性期、術創部の痛みあり、不安というよりも一時的な混乱?):

左肩関節脱臼ー関節鏡視下Bankart修復術後6日

下肢体幹の左右動作比較後に上肢(肘前腕等)比較後、患側肩甲骨関節及び肘関節の機能が、急激に変化/改善すると...注意は近位でなく遠位に向かいやすい

あり得ない..左手を取って替えたよう..手首で切って繋いだよう..頭の中の手のイメージと(実際の手が)違う..

不安+疼痛・関節覚/感覚情報の不整合型(長期間の疼痛例):

左変形性股関節症術後:

2010.11/100××××病院入院にて左寛骨臼回転骨切術+右側抜釘、既往:右変股症にて右寛骨臼回転骨切術(前年).

2010年1月芳賀赤十字病院整形外科外来受診し外来RH開始時に「身体が傾いているんです...」と...何を言っても何を言わないかも重要

約2週間後、片松葉杖歩行許可、ここが痛い(左股前面)...左股内旋で痛みが増して外旋で痛みが減るから歩いているときには内旋しているのでは? 左下肢の内転で痛みが増して中間位で痛みが減るから歩いているときには内転しているのでは?

内外転回旋を組み合わせていくと内転内旋位がもっとも痛みが増すが、この肢位を中間位と感じている...視覚と固有感覚の不一致
声のトーンに注意

・不安型(急性期、疼痛は創部痛が軽度ある程度):

先天性股関節脱臼にて左THA+大腿骨の短縮骨切り術後、左下肢は右側より3横指延長され膝蓋差あるため右側足底を補償している症例(40代女性)
術後5日:

pt: (平行棒内交互型内歩行可だが)左足が伸びている感じがしない(遊脚期の膝伸展の感覚がないと)。
PT: 歩幅もそろって歩いていますが(外部観察的には)、足下をみて歩いてみてください。膝が伸びて歩いていますよ。

pt: (視覚的に確認しても)膝が伸びているのですか? 解らない。
PT: 手術前は、両膝を曲げたまま歩いていたのでしょうか。今は膝を伸ばして歩いています。その膝を伸ばした分の可動域(おそらく伸屈0-30度程度)はいままで使っていなかった可動域です。ちょっと膝を曲げたまま(手術前のように)歩いてみてください。
pt: 怖い。脚が出ないです。

PT: 膝折れしそうですね。前はそんなふうに歩いていたのでしょうか。今は膝を伸ばして歩けるので、伸ばした方が安全に歩けます。足踏みしている時は膝の曲げ伸ばしが解るのでしょうか?

pt: 足踏みしている時は膝の曲げ伸ばしが解るけど、歩く和解らない。

PT: 足踏みと歩行は何が違うか。足踏みは膝の上下運動で、歩行は脚が前にでます。3cmくらいずつ脚を出して歩けますか? 足踏みと歩行の中間のように。

pt: 3cmくらいずつ脚を出して歩く膝の動きが解ります。解る解る。

PT: 歩幅が小さければ膝の動きが解りますね。徐々に歩幅を大きくしていったらどうなりますか?

pt: 歩くの楽しい...でも歩幅を広くしていくと怖い。ああ歩いている感じがする。昨日までは解らなかった。

PT: (術後)今までは、裸に歩かされていたのでしょうか(3人称的な身体)。今は自分で歩いている。

※術前は両膝屈曲位で歩かれていた。

術後左下肢が3横指右側より延長したため右側下肢は補償している。そのため術前のおおよそ30度より屈曲した領域で歩行時に使用されていた膝関節を0-30度域でも使用せざるを得ない。この伸屈域は上下運動としての足踏みでは知覚可能だが、歩行動作の中では知覚しがたく違和感を生じている。かつてのような膝関節軽度屈曲域での歩行を再現させる事で歩行の様式が変化した事を知覚し、数cm程度の少ない歩幅で歩くことで0-30度域を中心に膝を使う(屈曲域を使わない)ことで新規な可動域での動作に慣れることができる。その後は、新規な可動域0-30度程度と従来の可動域30以上の屈曲域を組み合わせた歩行の冒険が徐々にすすむことになる。

術後13日: 体幹の軽度側屈はあるが独歩可能となり、術後15日で退院となった(当初の入院予定期間は3週間であった)。

不安＋異常経験型：右脛骨高原骨折の症例

50代の女性。交通事故で右脛骨高原骨折を受傷し当院整形外科入院し手術を進められるも保存的療法(大腿部下腿部のギプス固定)を選択された
ギプス固定のため徹底的に直線下肢を見ることができず、13月程度の膝伸展固定+発育の影響もある
ギプスカット後：
pt「ギプスが外れたら、右足が吊り橋のようです」
PT「吊り橋と言うとどういう事ですか」
pt「皮膚が細い感じがす…」
…
pt「自分の足じゃないみたい、神経が通っていない…」
PT「タオルを巻いて皮膚を作りましょう。タオルの上から足に触れてみて…」

pt：足が吊り橋みたい、自分の足じゃない、自分で判断できない、神経が通っていない、どうしたよいか解らなかった
…どうしたよいか解ったので、いままでのようにけりたしれない、歳もとらないと思う

不安＋異常経験型(予測情報との比較が困難)： 左足関節開放骨折の症例

40代の男性で仕事中に70-70の爪で左足関節開放骨折を受傷し当院整形外科入院後手術を行った。既往として腰痛、右上前骨折・肩関節脱臼、右前腕骨折、左前腕骨折、左肋骨骨折、左足関節脱臼等外傷による受傷歴が多数ある。神経損傷を伴ったため、足底感覚周囲の知覚は消失している。

平行棒内歩行：
pt(患者)「左足に体重をかけると変な感じがします」
PT(理学療法士)「どうなんですか」
pt「左足の踵の感じがいないのに立っているから…」
pt「左足が床に置いたときに変な感じがします」
PT「階段を降りていて、まだ階段があると思って足を降ろすと階段が終わっていた時に、不気味な感じがするでしょう。それから、階段を降りていて、まだもう一段階段があるのに、もう階段は終わってしまったって足をついても不気味な感じがするでしょう。そんな感じがすくく比喩」
pt「言われてみれば、そういう感じに近いところもあります」
片松義徳歩行：
PT「平行棒から出て、片松義徳歩行で歩いてみましょう」
pt「(数m歩いた後で)左足に荷重するときの中に血の味がします」
pt「金属のズブーンを返めたときのような感じがす」
PT「左足の(床に)置く場所をすこし変えられますか。例えば踵からでなく足の裏全体で着くとか」
pt「踵でなく足の裏でつく、血の味がしない」

・疼痛タイプ：右大腿骨頭壊死後の人工股関節全置換術後の症例 一疼痛・感覚情報(皮膚、関節覚)不整合型

- pt:じっとして膝を伸ばしていると、右の股と膝が痛いです
- お手玉を大腿、次に右大腿の遠位で、内側と外側に同時にあてる
- pt:今度は、右の膝の上で、上と外側です。(右大腿遠位で、内側と外側に同時にお手玉をあてると、上と外側と感じてしまう一写真の青玉のように)
PT:もう一度やりますよ、右の膝の上と外側ですか？
- pt:そうです
- PT:眼を開けて、右の膝を見てもらえますか？
- pt:あれっ。(お手玉は)右の膝の上と外側にあると思ったのですが、内側と外側にあるんですね(怪訝そう)
- pt:そうか、(右下肢の)真ん中がずれてたんですね

左右間の繊細な重力覚不整合タイプ(急性期至急性期)

交通事故による左恥骨脛骨骨折保存療法、頭部打撲、左腿外傷性軟腫。

片松義徳歩行可能だが左臀部痛あり左腿上下肢型痛高く、端坐位では手指での左右間のSfryが長と短別、重量識別が困難(両側では識別可)
□○△等の形態認知は可能

臥位で腰部の上では左右間のSfryが長と短別、重量識別可

臨床と治療技法の間

セラピストは、様々な患者と出会うと共に様々な治療技法とも出会いそれぞれから学んでいく

対象:どのような患者層をおもな対象とするか
治療技法:どのような治療技法を、なに(師匠、書籍等)からどの時期(自分自身の経験も含めて)に学んだか…どの治療技法も変遷がある…その治療技法のどこに力点を置くか

守破離:様々な患者に治療技法を参考にしながらセラピストが磨かれていく過程で、融合や取捨選択がおこり、いわばらせん状に成長していく過程…セラピストの資質や志向性も影響

最初の分岐点:

- ・治療技法に患者を当てはめようとする…守のまま
- ↓
- ・患者に治療技法を応用しようとする…破離へ進める

臨床は、患者とセラピストとの共同作業・探り合い

本田慎一郎(豚足に憑依された胸、協同医書)…ここでもこんな局面になるのかという妙手を指すが、そのプロセスはわかりにくい。

おそらく序盤の対応の中で、患者自身の内省が準備されていき、中盤で「豚足に憑依させた…舌の先がない…」等の中核症状と関連した患者の奇妙な体験記述に出会い、駒組みを修正して終盤に向かうのではないかと…

潜在的に進行する序盤が見えないので唐突な印象になるのではないかと(中盤は患者に準備ができてきたところで唐突に訪れる)…中盤での展開には本田先生自身が驚いているので、その手前の序盤で進行している事(波長合わせ・潜在的)そのものには明白な気づきはないように思える。

患者は、序盤からセラピストに様々な触発をうけ(相互浸透的な)、中盤の定位反応(おやなんだ反応)による驚きを介した気づきや新規な身体学習につながっているのではないかと。

・それぞれにスタイル・模風：着手の特徴は存在する

名前を隠して状態を並べたとしても誰か解る(佐藤天彦名人：理想を現実にする力より)

升田幸三：創造性「新平一生」を座右の銘として掲げ、数々の新手を生み出す。序盤大切

大山康晴：受けの強さ、盤外戦の大山、深く読んで最善手を追求することをせず大らかに指す

谷川幸司：終盤の切れ味、渡辺明：大局観(どちらが優位か解りにくい局面)

羽生善治：序盤から終盤までの隙のなさ
(真剣師小池重明：将棋自体は型破りそのもの。しかし、とにかく強かった)

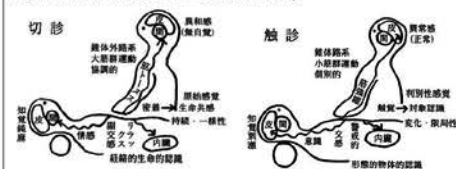
・おのずと定石から離れた手が打てるか...

有利になったという感触を持ったとき、盤上は羽生さんの「角」をほとんどタダで取れる状況でした。価値の高い駒である角を取れば非常に大きい。しかし先の先まで読んでみるとその角をすぐに取ってしまうと容易ではない局面になってしまっています。将棋の奥深さにつづく感嘆しながら、私は別の手を指しました。取るうと思えばすぐに取れるこの角取りを保留した手に対して、検討陣はどよめいたといえます。

そしてついにその瞬間はやってきました...佐藤天彦名人位獲得

東洋医学の切診の「相互性」

西洋医学と触診と指圧の切診では、得られる情報の質がまったく違う。前者は臓器の形状にフォーカスされていますが、後者は患者の身体的状態のみならず、それと密接に結びついた心理状態や性格をも丸ごと、しかもぼんやりと視野に入っている。「フォーカスを絞らず、ぼんやり全体の印象をつかむ」これが切診の大きな特徴。さらにもう一つ大切なこととして、切診には「治療者についての情報が患者に伝わる」という逆方向のコミュニケーションがある。津田龍太郎：漢方水先案内医学書院より(下記の図表は増永静人：経絡と指圧より転載されたもの)



ダイナミックな双方向性：精神医学と東洋医学(とRITも?)

数年前に、ある大学病院の精神科のカンファレンスを見学する機会がありました。診察に難渋している入院患者をカンファレンス室に招き入れ、医局員の前で主治医が三〇分ぐらい面接し、患者が退出した後、診断について意見を述べ合うのです。ベテランの医師から意見を順番に述べるのですが、各々の「お見立て」があまりにも違うことに驚きました。それでいて、それぞれの先生の見解は十分に説得力があり、治療に関して「たしかにそうすれば、よくなるだろう」と確信させるものでした。

精神医学と東洋医学の共通点は、治療者の働きかけにより患者の病態が変化していき、病態の変化に合わせて治療を柔軟に調整していくという「ダイナミックな双方向性」にあるのかもしれない。

津田龍太郎：漢方水先案内医学書院より

切診の「相互性」、切診と触診の関わりを振り返る...

セラピストの認知・調整能力

狩猟採集民の発見能力は、微候解読能力と呼ばれており、系統発生的に古型に属するものである。健康人でも、山で道に迷えば微候空間＝微分(回路)的認知はたちまち前景に突出してくると言われる(正しい下山道をほのめかず、かすかな兆候)。

中井久夫：分業制と人倫、東洋大学経済学部111、中井久夫、東洋大学経済学部111

情動は考慮することを絞り込むという重要な働きをする。しかし、それだけではない。情動はさらに、絞り込んだ考慮事項について、それらがそれぞれどれくらい大事かを直観的に感じ取って評価する。情動が提供するこのような直観的な評価をもとにして、私たちの理性は最終的な意思決定を行う。

中井久夫、分業制と人倫、東洋大学経済学部111、中井久夫、東洋大学経済学部111

狩猟者やパイロットや登山家の優れた微候解読能力、職人がパズルのある原料材から均一な製品を制作し、あるいは適材適所に振り分ける調整能力から、幾分かを比喩的に学ぶ事は可能であろう

セラピーの場で、局面が大きく変わる際には、微候空間＝微分(回路)的認知が前景化しており、次いで身体内感を介した調整能力に働きかけているように感じられる。情動的であること、フロー(流れ)の中にいることも重要

・カップリング

臨床場において個々の患者の能力を吟味し、最近接領域に触れるためには、患者とセラピストとの間に「カップリング」が成立しなければならない(稲垣諭)

分裂病治療者の身体—中井久夫※

ここで、精神病治療者における身体症状について一言する。神田橋が言語化したごとく、精神病治療者はその患者に対する「波長合わせ」を行う際に意識的・無意識的に患者の姿勢を模するが、これによって、多少とも筋緊張の不調和的分布などの身体症状が発生する。この水準の治療者の治療は指圧師、マッサージ師などによって行われることが多いが、困難な治療遂行直後に、奇妙な身体緊張の分布を指摘されることがある。

精神病の治療的相互作用が精神病水準の諸変化を治療者にもたらしていることはSearlesの指摘する精神面のみならず、身体面にも及ぶものである。治療者は、何らかの身体化による排水機構を持ち合わせているほうがよいと私は思う。

※精神科医、米国の精神科医であるハリー・スタック・サリヴァンの統合失調症理論を取り入れ、本邦の臨床場面に広く普及・浸透するのに貢献した(病者の世界は「図考しながらの観察 participant observation」によってのみ表々の前にも開示される)

・カップリング

治療者があまり自らを一精神的にも身体的にもくっきり意識しないこと、時には自らをほとんど透明と感じるようであれば、これも一つの好ましい模範マルタルとなる。といって、実際に治療者の意識は一点ではするどく目ざめているわけで、その上立って、フロイトの「平等に漂う注意」が一方で働きつづけているのが治療者の営みである。

このように述べてくれれば、治療者の意識も構造的には、どこか「いわりの静穏期」(臨床的発病に直接先駆する一時期)そのものに似ているように思われるだろう。おそらく、それが本人との接点として必要なのだろう。しかし、治療の側に立つものは、それだけに前夜よく眠っていることが不可欠である。こういうことが案外きめ手なのだ。...焦燥感はあるてはならない。中井久夫：奇妙な駆け込みとめきめとめきめ

「臨床感覚」「波長合わせ」中井久夫：家族の深淵、みずさ書房より 変更
おそらく自分が何かをしているという意識があるうちは事態はどこどおりがちであり、「まだボートは本流に出ていない」のだ。すべてが起こるべくして起っているという感覚が必要である。

私が頭の片隅においておくこと...

- ・手術で矯正しても、身体イメージそのものがそれに応じて修正されるとは限らないー修正は可能か
- ・代償運動にはその時点での環境に適応するための戦略であり固有の意味があるーより容易でコストの低い運動様式への調整が可能か
- ・表在筋,多関節筋の過剰活動傾向と深部筋,単関節筋の活動バランスの調整
- ・知覚ー運動ループの調整
- ・定位反応(おやこりゃなんだ反射)による学習
- ・類似性のある諸領域から学び続けること...