

## プロセスとしての臨床（２） —— 臨床-内-存在の現象学 ——

稲垣 諭（自治医科大学）

キーワード：現象学、臨床セッション、臨床-内-存在、直観、K.ゴルトシュタン、  
代償

### 1. 臨床という経験

どのような経験であれ、そこに入り込むための最良の仕方は、明確になっているかぎりでの経験の境界と位相を、システムとしてあらかじめ輪郭化しておくことである<sup>1</sup>。たとえばナラティブという経験は、言語による表出を基本とすることから、コミュニケーションを要素とする「社会システム」の作動として特徴づけられ、その物語の意味や表象をどのような実感として受け取っているのかが「心的システム」の作動となる。相互は密接に連動し、浸透しているが、どのように連動するのかに依じて、浸透のモードに変化と差異が生まれる<sup>2</sup>。その場合、この変化ないし差異が、他の相即するシステムに対して間接影響を与えると仮定することができる。たとえば、ある物語を心的システム内でどんなにくりかえし産出しても、そのことが直ちに「生体システム」としての自律神経系や内分泌系の質的变化にはつながらない。しかし、社会システムとの浸透の度合いが変化することで、生体システムの作動に変化が生まれることがある。ナラティブという経験の活用は、この連動関係の変化と調整を基本としている<sup>3</sup>。

ナラティブ・セラピーや認知行動療法、各種精神療法も含めて、それら臨床上のターゲットは、従来の神経症圏の病理、あるいは感情・情動・気分性の障害である場合が多く、言語コミュニケーション能力も一定水準に達している必要がある。同様に、臨床医療全般がナラティブ・アプローチですくい上げようとしているのも、患者の苦しみや不安、痛みといった感情要因と、それにまつわる社会・倫理要因である。言語を介した患者の「心的システム」への対応が優先されているからこそ、各種心理療法、精神療法であり、ケアである。

それに対して重度心身障害者へのナラティブ・セラピーがどのような可能性をもつのかを検討した

<sup>1</sup> ルーマンも述べるように、システムの条件や境界が変動し、新しいシステムとして分化することは、システムの自然である。したがって当初確定されたシステムは、探究の進展とともにくりかえし吟味され、修正されるものとして考えておいた方がよい。精神分析の臨床におけるシステムのアプローチは、十川が先鞭をつけて行っている。十川幸司：『来るべき精神分析のプログラム』（講談社、2008）参照。

<sup>2</sup> 河本英夫・L.チオンピ・花村誠一・W.ブランケンブルク：『精神医学』（青土社、1998）所収の花村論文を参照。

<sup>3</sup> 稲垣諭：「プロセスとしての臨床（1）ナラティブという経験は何を示唆するのか」、『エコ・フィロソフィ研究』（エコ・フィロソフィ学際研究イニシアティブ編、2014）参照。

試みはほとんどない。精神科医の十川も述べているが、精神分析では、器質性疾患や一部の内因性疾患という生物学的素因にかかわる疾患は治療対象外である<sup>4</sup>。つまり、運動障害や外科手術が必要な器質性疾患は、ナラティブとは異なる現実に属しており、それら病や障害について患者が感じ取る感情や情動の作動に関して、ナラティブは一定の有効性をもつ。あるいは、運動障害にさえ働きかけるナラティブがあるとすれば（必ずあると予想される）、それそのものが探究され、開発されていかねばならない。そこには、声のトーンや強度、リズム、運動イメージ、触覚イメージ、オノマトペの活用といった経験の襞に踏み入る膨大な問題が含まれており、その射程がどれほどの広がりをもつのかさえ定かではない<sup>5</sup>。

基本的に、感情の問題は感情を動かすことでしか対処しえないし、運動の問題は運動を通じてしか対処できない。これは実践能力の大原則である。ただしそうであっても、あるいはそうであるからこそ「言語」や「認知」、「思考」、「記憶」、「気づき」、「注意」、「内感」といった異なる経験を間接的に活用することが不可欠となる。

運動療法が介入する身体は、言語化され、言説化される身体ではない。そうした部分があるにしても、運動機能からは測定誤差に入ってしまうほどの影響力しかもたない。そもそも運動機能の変異は、コミュニケーションを通して起きている現実ではないからである。かりにそうであるとすれば、それは社会システムや心的システムといった異なるシステムの機能不全から身体の動作不全が間接的に引き起こされているだけである。そのような病理も確かに存在する。それはたとえば、中枢神経系障害による「麻痺」と「無視」の違いに対応する。動作不全が、「感覚麻痺」で起きている場面と、注意や記憶という高次認知の変質である「無視」ないし「否認」によって起きている場面は、全く異なり、臨床上の介入ポイントも別様となる。

こうした細かな経験の差異に入り込むには、たとえば「動作システム（動作単位の連鎖系列）」や「内感システム（固有感覚・深部感覚）」を、「生体システム」とは異なる「身体の固有システム」として新たに設定した方がよい。固有システムの設定は、事象的正しさの追求よりも、臨床的な介入ポイントの複数化を可能にする戦略である。事象的な吟味は、臨床的かかわりの成否に応じておのずと行われる。

患者の心的表出に一切変化がなくても、動作の系列が変化してしまう場合があり、その逆も起こりうる。つまり、動作やその他の行為連関に一切変化がないのに、当人だけが変わった、変わったと自嘲気味に主張を繰り返すのである。リハビリテーションや精神医学に長く携わるものであれば、動作や行為の再組織化が当人の意識や認知とは独立に起きてしまう事例に遭遇することは多々あるはずである。

<sup>4</sup> 十川幸司:前掲書、2008、134頁以下。

<sup>5</sup> こうした試みの一つとして、河本英夫:「言語は身体に何を語るか1」、『白山哲学』(東洋大学哲学科編、2011)、125-145参照。ダンサーにおける指導、あるいはスポーツトレーナーやコーチ、監督といったアスリートに語る言葉に含まれる経験の分析が主題となる。身体と言語との距離を詰めたり、疎遠にさせたりするメタファーやイメージが活用されていると予想される。

臨床という経験は一人では行えない。そもそもの初めから臨床空間には、他者関係、権威関係という社会的素因が織り込まれている。人はその空間に入り込むだけで、この関係のネットワークに身を置くのであり、そのため一挙手一投足が固有システムへの間接影響因となる。その結果、臨床空間では、コントロールされた知の網目をどのように配備しても、それをすり抜ける経験の運動が出現してしまう。そして、それこそが臨床の自然である。以下ではそうした複雑さを消去することも、圧縮することもなく、「臨床・内・存在」の現象学を展開したい。そのさい主な手がかりとするのは、リハビリテーション医療と精神医学の臨床経験である。

## 2. プロセスという経験

臨床経験は「プロセス（過程）」の連続である。それは経験の運動と推移からなり、変化を伴っている。だからといってプロセスは変化ではない。むしろプロセスは、変化のさなかにありながら、経験のまとまりを作り出している当のものである。ただしそれは外部からあてがわれる全体でもなければ、内的な規則に応じて組織化されるのでもない。たとえば、知覚プロセスには一連の変化が伴っているが、対象が変化しても知覚というプロセスの同型性は維持される。しかし知覚が唐突に想起のプロセスに移行した場合、プロセスそのものの局面が変化する。その意味で、「プロセス内の変化」と「プロセス自体の変化」は経験の次元が異なる<sup>6</sup>。

また、経験の許容度あるいはシステムの数多性に応じて、異なるプロセスが併存可能であり、いくつもの「訴訟（Prozess）」をかかえる人がいるように、同時進行することもある。プロセスとプロセスの連結部では、同質の変化に変化を重ね合わせるだけでは到達できない「質的不連続」が伴う。ただしこの不連続性は、「知覚」と「幻覚」の同時進行が起きるように、当の経験を生きるものにとってはなだらかに接合される場合が多々ある。村上春樹の『1Q84』では、警官の制服の軽微な変更と新聞記事のささいな見落としへの気づきが指標となって、ある世界から別の世界へと主人公の経験が接木されている<sup>7</sup>。

何もかもが変わってしまっているのに、プロセスとしての世界を生きるものには、そうした指標以外の変化が感じ取れない。プロセス自体の変化が、プロセス内の変化として縮約されることは、妄想性経験ではごく普通のことである（臨床原理①：プロセスの変化はプロセス内の変化に縮約される）。こうした局面は、コンラートの初期分裂病の区分では「トレマ期」に該当し、そこでは世界そのものの変化ではなく、世界内の作為的な変化への気づきが充進する<sup>8</sup>。また、重度片麻痺患者の上肢の治療訓練をつづけていると、ある時から「腕が重くてしんどい」という発言が聞かれることがある。以前はそもそも腕があるという実感すらもてなかった段階から、腕の内感が創発した段階へと身体経験の

<sup>6</sup> 河本英夫：『メタモルフォーゼーオートポイエーシスの核心』（青土社、2002）、82頁参照。

<sup>7</sup> 村上春樹：『1Q84 Book1』（新潮社、2009）。

<sup>8</sup> K.コンラート：『分裂病のはじまり』（山口直彦・安克昌・中井久夫訳、岩崎学術出版社、1994）65頁以下参照。

プロセスが推移している。にもかかわらず、当人は腕を感じ取れることそのことにはなく、重い手の不自由さや辛さにだけ注意を向けている<sup>9</sup>。

哲学研究に没頭する以前のヤスパースが、こうしたプロセスの特性を病の出現として以下のように指摘していた。

「これまでの生活の発展に対して、全く新たなものが精神的生の変化によって出現するのは、発病期(Phase)の場合かもしれない。しかし問題になっているのが精神生活の持続的な変化であるとなれば、その出来事を私たちは(病的)プロセスと呼ぶ」<sup>10</sup>。

ここでヤスパースは、一時的変化を意味する「ファーゼ(発病)」から、持続的、永続的变化を意味する「プロセス(過程)」を区別している。プロセスが持続的であり、永続的(für immer)であるというのは、たとえば分裂性経験に移行すると、治癒する見込みが全くないと考えられていたからである<sup>11</sup>。この場面でのプロセスは、病的変化を生きる主体の内側からではなく、その外部から観望する地点で捉えられている。むしろここで重要なのは、プロセス自体が水準の異なるプロセスへと不連続、かつ質的に飛躍するという点であり、それはヤスパースが述べるように「人格の発展」とは異なる経験の推移と変化を指し示しているということである<sup>12</sup>。

またヤスパースは、この病的プロセスが見かけ上、静的な安定性を伴っていることも指摘している。つまり、急性の激しい変化やシュープとは異なり、そうした局面変化に至る以前の、あるいは、その事後に現れる中間的な風状の経験のまとまりとしての「プロセス」も捉えている。どのような検査や問診をしても、その人間には変化した様子を見出すことはできず、病状も落ち着いている。にもかかわらず、その人間の何もかもが変わってしまったという確信に裏打ちされる臨床がある。プロセスは経験の運動であるかぎり、どんなに静的に見えても微細な運動に満ちている。それは一個の細胞が同型的に安定していようと、その深奥ではみずから細胞内要素を解体し、熱量を変化させ、身体を丸ごと作り変えているのと類比的である。

ヤスパースが指摘した病的プロセスとは、変転後の「不可逆な」プロセスであり、その局面に移行してしまうと、合理的で論理的な了解も、感情移入による心理的了解も跳ね返され、了解可能性が途

<sup>9</sup> ここで留意すべきは、気づいていないことを理由に、そこに対して注意を向けさせ、気づかせる必要が常にあるわけではないことである。気づかずに変化していくことはごく普通のことであり、その場面に記憶にしっかり残しておくことが次の変化にとって必要かどうかに応じて、気づきの必要性が判定される。むしろ安易に気づかせることが、安定化を強化することがしばしば起こる。

<sup>10</sup> K. Jaspers, *Allgemeine Psychologie Neunte unveränderte Auflage Mit 3 Abbildungen*, Springer Verlag, 1973, S.581.

<sup>11</sup> ヤスパースは、『精神病理学原論』(1913)以前に書かれた論文では、病的プロセスを「一度に孤立して起こるか、繰り返し全般的に起こるかして、精神生活に干渉するあらゆる移行のある、今までの人格に異質な不治の精神生活の変化である」と述べている。K.ヤスパース:『精神病理学研究 I』(藤森英之訳、みすず書房、1969)、193頁。

<sup>12</sup> ヤスパースは人格に関連する変化を、1) 人格の成長、2) 人格の発展、3) 人格の現出形式の動揺、4) プロセスを通じた永続的(für immer)変化の四つに区分しているが、病的プロセスは4) の変化にかかわる。Vgl. K. Jaspers: 1973, S.536.

絶する。人格の発展や成長との厳密な区分はできないとしつつも、ヤスパースは、このプロセスを結果として了解可能でも、神経症圏の病理でも、実存契機でもない、（真性妄想を含む）統合失調症性の病変として押さえようとしている<sup>13</sup>。本稿では、このプロセスの規定を手がかりに「微細な変化の連続」と「質的变化を伴う不連続」との織り合わせとしての臨床経験に迫ることになる。

### 3. プロセスとしての臨床

「病的プロセス」では、それを生きるものと観望するものが分岐し、観望するものがそれを静的に把握している。しかし現実の臨床場面では、この分岐そのものが病者と治療者の織り成すプロセスに取り込まれている。その場合、病的プロセスを規定していたものが、対人的な臨床という経験において再度吟味され、大幅に拡張されなければならない<sup>14</sup>。

#### ①セッションの可逆性と不可逆性

何度くりかえしても、以前のセッションが帳消しにされ、何も進展していないように感じ取られる臨床がある<sup>15</sup>。本来であれば、順を追うようにセッションは展開し、それとともに患者の経験も変化することが望ましい。にもかかわらず、あるセッションで患者の経験が変化しても、次の機会には、波にさらわれる砂模様のように、一切がリセットされてしまうことが頻繁に起こる。単なる日和見話やマッサージを行っているのではないかぎり、介入ポイントは次の変化や展開可能性を見越したうえで設定されているはずである。それは会話の糸口を探ることであったり、以前は聞けなかった病状の問診であったり、あるいは先回首尾よくいった訓練の反復的復習であったりする。にもかかわらず、それら試み一切に展開がなければ、また最初から開始せざるをえない。その意味では、どのように行われても、どのような順序であっても大差のない問診や訓練という臨床がある。

脳神経システムの挙動からいえば、本来同じことの反復はありえない。同じ対象をくりかえし知覚するという局所的な神経系の作動であっても、細胞集合体の脳波パターンはどれひとつとして同じにはならないからである<sup>16</sup>。「同じ臨床の反復」というのは、意識レベルの虚構された真実にすぎず、同じことしか見ない意識の惰性である。その意味では、臨床にかかわるものの経験が、すでに同じものしか見ないように組織化され、安定している。仮にそうであるとすれば、どのような理論的、仮説

<sup>13</sup> K. Jaspers: 1973, S.591ff.。ただしヤスパースは、この病的プロセスの中にさらに異なるモードを見出し、「器質的病的プロセス」を「精神的病的プロセス」から区分する。

<sup>14</sup> 精神病理学における「プロセス」概念の批判的検討と、そのモードの拡張にかかわる分析は、H.ヘーフナーによる以下の論考に詳しい。H.ヘーフナー:「精神病理学の基本概念としての過程と発展 (Prozeß und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologie 1963)」、『分裂病の人間学—ドイツ精神病理学アンソロジー』(木村敏監訳、医学書院、1981)、1-81頁参照。

<sup>15</sup> ただひたすら耐えるセッションについては、十川幸司:『来るべき精神分析のプログラム』(講談社、2008) 171頁以下参照。こうした場面で試されるのが臨床家の分析能力であり、吟味能力を維持し続けていることである。

<sup>16</sup> 稲垣論:「組織化としての体験」、『神経現象学リハビリテーション研究 vol.1』(神経現象学リハビリテーション研究センター編、2012)、45-57頁参照。

的、個人的枠組みで患者を診ているのかをくりかえしカッコに入れ、経験そのものをリスタートさせる必要が出てくる。こうした操作を「**臨床的還元(clinical reduction)**」と名付けておく（**臨床原理②：臨床的還元**）。精神病理学者のミュラー・ズーアは、統合失調症の患者の微細な病態に迫るには、症状論として細分化され、類型化された疾病論的特性を廃棄することなく、「カッコに入れつつ（エポケーしつつ）」、患者の生そのものに肉薄する必要があると述べている<sup>17</sup>。彼が「統合失調的なもの」を「出来事」として取り出せたのも、この臨床的還元を通じてである<sup>18</sup>。

ただしこの操作は、シェラーがフッサールの還元理論を批判したように、単なる思考実験ではないし、行おうとして直ちに実行できるものでもない<sup>19</sup>。患者をよく診ようとすればするほど、まなざしは見たいものしか示してはくれないからである。さらにこれに、停滞局面が連続すると、退屈さや苛立ちという逆転移も強化され、臨床プロセス内の細かな変化が一層分からなくなるという悪循環を産み出す。これは、「**臨床のパラドクス**」とでもいうべき事態である。

同じ臨床は本来ありえない。その意味で臨床経験はいつでも不可逆なプロセスである。にもかかわらず、セッション相互が、その流れから取り外し可能で、順序替えできるような可逆的プロセスに見えてしまうのは、セッションの積み重ねを貫く「**通底する経験**」へとまなざしが届いていないからである。片麻痺の治療訓練において、あるセッションで成功した上肢の動作パターンの再獲得が、次回へと継続しない場面を考えてみる。そこにはたとえば、

- 1) 動作を行った以前の「場面」の想起はできても（エピソード記憶）、そのときの動作や内感の「**感触**」が戻ってこないという、動作や行為にかかわる記憶の働きやそのモードを捉え損ねている場合（記憶モードの誤解）、
- 2) 以前の視覚イメージ等の想起で逆に固有な緊張が入り、動作が遂行されない場合（記憶の機能解離と意識緊張）、
- 3) 想起もでき、以前の動作の感触もあるが、他の身体部位も動員されることで、ターゲットの運

<sup>17</sup> H.ミュラー・ズーア：「分裂病性症状と分裂病性の印象」、『分裂病の人間学—ドイツ精神病理学アンソロジー』（木村敏監訳、医学書院、1981）、83-101頁参照。ミュラー・ズーアの現象学の捉え方は、以下の文章に端的に示されており、それは後述する「臨床内病理」の問題とも関係する。特定の不可解さの印象をもつ「分裂病性の現象は、その他のもろもろの分裂病症状とならぶもう一つの症状にすぎないようなものではなくて、分裂病症状を通して現れ出る、固有かつ独特の現実性を帯びた人間存在の様態変化なのである。そしてこの様態変化は、その差異づけされた現象的構造のために、臨床的・症状論的次元では把握不可能である。したがって、この分裂病性なるものは、そこから場合によっては後にいろいろな分裂病症状が際立ってくることはあっても、程度の差はあれ不特定で複合質—全体的な『最初の』印象といったものにはとどまらない。真の分裂病性なるものに示される独特の現実性は一つの現象であり、全く特定の『態度のとり方』を前提としたある種の現象学的『本質直観』にとつてのみ接近可能なものである」。

<sup>18</sup> H.Müller-Suur: „Das Schizophrene als Ereignis“, H. Kranz, H. (Hrsg.), *Psychopathologie heute*, Stuttgart, 1962, S.82-93. 出来事としての統合失調性は、患者によって、ただ間接的に、過去のものとして語られる。それは「述定に先立つ何ものか、物事とは関係のない何ものかとして、にもかかわらず、個体的で、本質的なリアルな何ものかとして把握されねばならない。それは、それを体験する人間に襲いかかるが、それ自体は把握されえない何ものかとして、無関係にとどまるものとしてだけ生起し、したがって比較不可能なものにとどまらざるをえない」。

<sup>19</sup> シェラーとフッサールの「還元」理解の違いについては、拙論：「行為と現実の現象学—フッサール、シェラーの現象学的探求をてがかりに」、『実存思想論集 XXIV』（実存思想協会編、2009）、99-115頁参照。

動実行につながっていかない場合（動員部位の混乱と過剰動員）、

- 4) 感触もあり、実行もできるが、運動単位の連結、順序が適切に調整されない場合（単位連結の実行計画と調整の不備）、
- 5) 前回の訓練後に生活シーンで用いた動作経験がマイナス要因となり、当の動作が抑制されてしまっている場合（臨床外要因の見落とし）、

というように、多様な要因を見出すことができ、それぞれは複合化する。そしてどのシナリオを選択しているのかに応じて、ターゲットとなる経験も変化してしまう。それゆえ、セッション間を貫く「通底する経験」の特定が、患者にとっての変化の兆しにつながる臨床家の中期的予測を支えると同時に、くりかえし自らの病態の見立てを吟味する近接的指標にもなることが分かる。

## ②臨床の誘導

一般的には、上記のような病理の吟味を行う手前で、自分の臨床行為が患者の経験をどのように「誘導」<sup>20</sup>しているのかを特定する必要がある。一見するだけでも、

- 1) 医療行為の効率化および医療者の私的事情による外的誘導、
- 2) 患者の発言の安易な受け入れによる誘導、
- 3) 転移性感情の固着による誘導、
- 4) みずからの病態仮説による誘導、
- 5) 過去の成功例ないし反復例に基づく誘導、

といったものが考えられる。1) は、臨床という患者の経験を巻き込んだプロセスを共有するのではなく、制度上、職務上のシステムに載るように、あるいは医療者の感情的満足に見合うように患者を誘導しているだけである<sup>21</sup>。2) は、患者の発言の真意、もしくは患者が発言を通してどのような経験をしているのかを顧みること、問うこともなく、患者のニーズに場当たりに応えようとしている誘導である。3) は、臨床の経験をくりかえし共有することで、逆説的に情動的、感情的な関係性の強化が行われ、それによって介入すべきポイントとは異なる場面へと注意を動員してしまうような誘導である。リュムケが指摘したように、典型的には患者の感情運動のパターンや強度に同調した対応を繰り返してしまう<sup>22</sup>。4) は、自らの病態の見立てとそれに基づく治療や訓練の実行というプログラ

<sup>20</sup> ここでの「誘導」という語には強い主体的ニュアンスがあるが、臨床経験の大まかな「方向づけ」といったことから、無意識的誘導といったことまでを含んだ広い意味合いで用いている。それは全体的な臨床の流れを決定づけている方向性や傾向性のようなものであり、そこには「患者による誘導」も含まれている。

<sup>21</sup> J.グループマン：『医者は現場でどう考えるか』（見沢恵子訳、石風社、2011）、43頁参照。グループマンは、臨床経験において医師が内的感情の調整を身に着けることの重要性を説いている。ほとんどの誤診や医療ミスは、認識にかかわる様々なバイアスに帰因し、その一因に自身の内面感情があるからである。

<sup>22</sup> 精神科臨床においてこれは特に起きやすい。後述の「プレコックス感」で周知の精神科医のリュムケが「大抵

ム化された誘導である<sup>23</sup>。ただし確証バイアスを生む源泉でもあることから、臨床を通じて仮説や訓練の吟味を行うことを主眼とする統制された誘導であるべきである。本来は、この4)を基調として、2)、3)が効果的に配置され、1)を満たすように臨床が組み立てられるのが望ましい。そのさい、5)の以前うまくいった臨床の経験をこっそりと4)として用いることもたびたび起こる。その場合には、以前の成功体験に基づくパターン認識が、逆に病態の見立てを妨害することにもなる。これも、数式を解くこととは異なる、臨床のパラドクスのひとつである。

こうした誘導モードの確認も含めた、セッション後の反省は、臨床プロセスを共有しているものには見えない経験と、共有しているからこそ見落としてしまう経験とのギャップを調整するために行われる。たとえば、感情を不用意に動かしてしまった場面や、躊躇や迷いの印象を与えてしまった場面、あるいは意味のない反復を行ってしまった場面等が、臨床の継続に決定的で持続的な変化を及ぼすことがある。しかしそうした変化は、その場ではほとんど見えてこない。あるいは、展開に差し掛かった場面での「一時的停滞」なのか、展開の萌芽が皆無で進むべき方向が見えてこない「持続的停滞」なのかの区別も、臨床のさなかでは見えてこない。

また患者が発達途上の場合、経験そのものが臨床経験とは独立におのずと組織化を起こしてしまう。体重が変化し、身長が変化すれば、それに見合った身体経験がそのつど獲得される。さらにそこに知能の発達や自己理解の向上も加わる。そうしたことは社会環境の変化と相即している。身体的成熟と社会における成長という二つの変数は、患者の病理と臨床プロセスにおいて極めて重要な影響力をもつ。そのためにも家庭ないし社会における患者の発話や行動がどのように変化しているのか、あるいはしていないのかを関係者等に問診することが必要となる。それは、臨床場面における意識レベルでの拒否にあうような経験が、非意識的に受け入れられているか、あるいはその逆がないかどうかを吟味するさいにも役に立つ。リハビリでよく起こる問題は、訓練室でできる動作や行為が、自宅に戻ると全く活用されないことである。また精神科臨床では、本人の同意があるのに薬の服用が守られないことがしばしば起こる。こうした問題は、表面上の意識レベルでの許容の非意識レベルでの拒否としても理解でき、システム的な関連を明確にし、患者の経験を詳細に詰めてみなければならない。

### ③臨床・内・存在とその病理

疾病分類や検査項目等による病理学的分類からではなく、臨床的なかわりの中でしか見えてこない病理がある。一度の臨床や患者自身の報告からでは、何も分からない病理がある。そうした病理は、セッションの継続に応じて形を変え、あるいはセッションを通じて産み出され、くりかえし変遷する「プロセスとしての病理」である。それは、臨床における感度と経験の中で初めて捉えられるのであ

---

の医師は躁病者に対して躁的に反応し、精神病質者には精神病質的に、神経症者には神経症的に反応してしまう」と述べている。そうした反応が患者の治癒的变化につながるかどうかの吟味を経た後になされた選択であるのかどうか焦点となる。H.C.リュムケ：「分裂病の核症状と『プレコックス感』」（1941）、中井久夫：『中井久夫著作集 1巻 精神医学の経験 分裂病』（岩崎学術出版社、1984）所収論文、336頁参照。

<sup>23</sup> リハビリテーションのプログラム化については拙書：『リハビリテーションの哲学あるいは哲学のリハビリテーション』（春風社、2013）参照。



って、臨床とは独立に規定可能な経過類型のようなものではない（臨床原理③：臨床内病理の洞察）<sup>24</sup>。

中枢神経系障害により生じる右片麻痺と左片麻痺には、リハビリテーション臨床において感じ取られる明らかな差異がある。それが何に由来しているのかは明確ではなくても、長年臨床にかかわるセラピストであれば、その多くが共有できる経験である。たとえば患者は、左麻痺では楽天的で強引さが目立ち、ことの深刻さを感じ取ることや問題に直面することが困難になる傾向が強い。それに対して右麻痺では失語があってもどこか通じ合える実感を共有できるが、他方で知識や言語の意味に回収してものごとを理解したがる傾向がある。失行・失認の症状も左麻痺と右麻痺とでは明らかにモードが異なるようである<sup>25</sup>。

これに似たものとして精神科臨床では、リュムケが導入した「プレコックス感(Präcozgefühl)」という統合失調症者を嗅ぎ分ける固有感覚があるといわれつづけてきた<sup>26</sup>。神田橋の臨床によれば、統合失調症と中毒性精神病の違いの判断は、この感覚の有無からスタートする<sup>27</sup>。また花村誠一による「強度にしたがう観察」<sup>28</sup>もある。さらに現在の心理療法に多大な影響を与えたロジャーズは、患者のありのままを受け入れ、喜びに満たされる「受容(acceptance)」という瞬間を治療者が潜り抜けることで患者に変化が生まれると述べており<sup>29</sup>、フォーカシングを発明したジェンドリンは、患者が「フェルトセンス(feltsense)」という単なる情動でも、感覚でもない、社会的問題そのものの身体的実感に形を与え、変化させる技法を生み出している<sup>30</sup>。

おそらく、こうしたものの具体的定義を取り出そうとすれば、それこそ臨床家の数だけ内容が異な

<sup>24</sup> 「プロセス」と「経過類型」とのかかわりおよび区別について、H.ヘーフナーによる以下の論考に詳しい。H.ヘーフナー：前掲論文、1981、4頁以下参照。ヘーフナーは、当初の身体的、器質的な医学上の「経過」概念が、精神的、心的経験に対しても適用されるさいに、身体的疾患の経過との対応関係が見出される精神疾患のように、うまく説明可能なものと、そうした対応関係が見られないものが岐分し、概念上の混乱にまで発展したと考えている。ヘーフナーは同論文で、その混乱の源であるヤスパースを乗り越えるために、ヤスパースが導入した「精神的プロセス(psychischer Prozess)」を、身体因による仮説に基づくことのない人間学的な規定として以下のように再定義する「精神的過程（プロセス）」とは、生命的事態や人格発展の基礎にある諸秩序から逸脱してはいないが、その正常な経過からは逸脱している、ある程度不可避的な進行をとる経過連関なのであって、この経過連関は見せかけの自己実現と世界の代用物を通じて自己および世界をある程度不可逆的な部分的隠蔽へと導くものである。精神的過程は、能作欠損の増大として、あるいは自己実現の可能性および現実的な世界との関連の縮減として現れる」（24頁以下）。最終的にヘーフナーは、精神疾患にかかわるプロセスを、「解体プロセス」と「精神的プロセス」に区分し、後者をさらに「変転プロセス」と「制限プロセス」に区分している。

<sup>25</sup> リハビリテーション臨床における固有病理の指摘については、三好春樹：『身体障害学』（雲母書房、1998）を参照。また、人見眞理は重度脳性麻痺児の臨床像から、右麻痺傾向と左麻痺傾向という「見かけの半球優位性」があることを剔抉し、類型化している。こうした類型化にはいまだ科学的エビデンスはないが、臨床上下せない統制的指針となる。人見眞理：『発達とは何か』（青土社、2012）、第8章以下参照。

<sup>26</sup> H.C.リュムケ：前掲書、および中井久夫によるその解説（前掲書、329頁以下）も参照。

<sup>27</sup> 神田橋條治：『神田橋條治 医学部講義』（黒木俊秀・かしまえりこ編、創元社、2013）参照。

<sup>28</sup> 河本英夫、L・チオンピ、花村誠一、W・ブランケンブルク：『精神医学』（青土社、1998）、202頁。

<sup>29</sup> M.ブーバー、C.R.ロジャーズ：『対話』（山田邦男監訳、春秋社、2007）61頁以下参照。本書は、1954年に行われた公開討論のテープ起こしに基づいている。その討論でロジャーズは臨床経験を、ブーバーの我一人関係と重ね合わせようとしており、そのさいの感覚的確信として「受容」という経験を持ち出している。それに対してブーバーは、臨床経験には権威関係や、能力関係の差が入り込み、純粋な人間との出会いは見いだせないとしてロジャーズの主張に反論している。しかし最終的には、ロジャーズの「受容」とブーバーの「確認」という概念の違いがあるだけで、両者は歩み寄れる対人経験の場所を指定しているように思える。

<sup>30</sup> E.T.ジェンドリン：『フォーカシング』（村山正治・都留春夫・村瀬孝雄訳、福村出版、1982）参照。

り、またその精度を科学的に定量化しようとするれば、ほとんど信用に値しない結果になると予想される。にもかかわらず、それらはプロセスとしての臨床を統制する重要な手がかりでありつづけている。その意味でもそれは、科学的事実とはいえないが、「臨床内真実」とでも呼ぶべきものとなる。治療者と患者が相互に臨床というプロセスを共有し、経験することで成立するのが「臨床内存在(Im-Klinischen-Sein)」である。臨床内存在には、それ固有の真実が成立し、治療者にとってはその中でしか見えてこない病理が出現する。それはまた後述するように、治療者と患者とがくりかえしカップリングの関係に入るための重要な手がかりでもある。

この臨床内病理は、治療行為を組織し、方向修正するための統制的な役割をもち、その臨床を外れてしまうと似非科学に位置づけられるような疑似的真実である。カントに倣えば、そうした原理は、自然現象を基礎づける原理(構成的原理)にはなりえない。しかしそのことを肝に銘じるかぎり、それを積極的に活用することはできる(臨床原理④:臨床内真実の発見と活用)。臨床内真実は、そのつどの科学の進歩に応じて、科学的事実へと転換されるか、廃棄されていく。にもかかわらず、いつの時代にも臨床内真実は残りつづける。それは、人間が生存をかけて活用し続けてきた「直観」能力に関係しているからである<sup>31</sup>。

直観とは、媒介なしに物事の本性を捉える働きである。哲学に由来するこの直観概念は、長大な歴史的背景の中で変遷し、様々な仕方でも開発されつづけてきた。有名どころを挙げてみても、感性的直観(カント)、知的直観(ドイツ観念論)、原型的直観(ゲーテ)、本質直観(フッサール)、行為的直観(西田)というように切りがない。それぞれの内実を問いつめるには膨大なテキストの精査が必要となり、それら精査を通じても規定不可能な部分が残るもの、それが直観である。

日本語の「直感」概念との混乱もあるが、この直観は、予測の精度に関して非常に誤りやすいものであることがすでに様々なフィールドで証明されている<sup>32</sup>。にもかかわらず、臨床内存在の関係性において、この直観の役割は侮れない。たとえエビデンスに基づいてマニュアル化された対応であったとしても、人が人にそうした対応を行うかぎり、そこには声かけの強弱、言い回し、ニュアンス、まなざしの向け方、触れ方、四肢の動かし方、呼吸のリズム、それらが、複合的、間接的に臨床空間内で反響し、影響を与え合う。そしてその中で、「いつもと同じ対応をしている／されている」のに何かが違うという気づきが起こる。この違和感の背後では、いつでも直観が働いている。

たとえばリハビリの臨床では、患者がセラピストの問いかけに答えようとしているときに、そのセラピストの視線が別のところに向いてただけで、四肢の緊張や心理的緊張の度合いが変化することがある。そのように緊張が入った身体に運動訓練を行うことと、緊張の度合いが低いまま訓練を行う

<sup>31</sup> 精神科医の加藤は、EBMが提示するエビデンスは「外的エビデンス」とどまるため、実際の臨床においては、この外的エビデンスを個々の患者に位置づけ、そこからどのような治療行為を組織するのかを決定するための「内的エビデンス」が重要になると述べている。その内実の規定に関しては議論が必要であるにしても、この段階で現象学的な「直観的・内的明証性(エビデンス)」(フッサール)との親近性も出てくる。加藤敏:『統合失調症の語りと傾聴 EB M から NB M へ』(金剛出版、2005)、20頁以下参照。

<sup>32</sup> D.G.マイヤーズ:『直観を科学する』(岡本浩一訳、麗澤大学出版会、2012)、およびJ.グループマン:前掲書2011、第8章参照。

こととでは、その後の臨床経験の変化に違いが生じる。にもかかわらず、そうした変化を感じ取れる人と取れない人とが間違いなく分岐する。

実際、名セラピストの多くは、患者に声をかけ、四肢に触れただけで、次回以降も患者からの指名を受け、他のセラピストを拒絶するように患者を誘導してしまうことがある（そしてそれが職場での問題になる）。なぜなら、セラピストの性格や人柄の良さが単に問題になっているのではなく、そのセラピストのまなざしが、どこまで患者の経験に届いており、何を見ようとしてくれているのかが、患者に一挙に伝わってしまうからである。

熟達したセラピストでは、問診や視診によって患者に対するおおよその介入ポイントが際立ち、そのための治療方針や訓練設定のパターンがチャート状にイメージされる。介入ポイントが際立つということは、その裏で同時に、何が病理であるかが読み取られているということでもある。ここまでは、経験に裏付けられた直観の働き、そこから発見的問題解決法である<sup>33</sup>。そして重要なのはこの先である。おそく熟達した臨床家では、こうした病理の見立ての周囲に、知識と介入の修正を可能にする「行為的ブランク（余白）」のようなものが同時に配備されている。つまり、その直観には一定程度の経験の幅が付随し、それが治療者本人も気づかない仕方で直観の可謬性を限なくフォローしていると思われる。その意味では、直観に従っていただけでは失敗してしまうような臨床の試みが、それとして顕在化する以前に消去され、訂正されている。それはいまだ修正とすらいえない介入行為であり、問題が起きる可能性を先回りして抑制し、病理の本性を追い詰めていくことを可能にする（**臨床原理⑤：前修正と後修正の差異**）。

この行為的ブランクを通じた対応可能性の幅は、それを観察するものには直接見えてこない。だからこそ逆説的に、直観的かわりの特殊性だけが際立ってしまうことになる。そのことは、私たちが単に立位をしているだけ、あるいは何かを指先で指示するポーズをするさいに、気づかないほどの低振幅の揺れの制御を高頻度に行っていることと類比的である。実際に知覚されるのは、立位と指差しのポーズだけである。

おそらく直観という名人芸的な能力は、微分状の大量な修正行為の蓄積の果てに構築され、観察される粗雑な経験なのである。たとえば金属加工を行う職人は、視覚では決して捉えられないマイクロメートル単位の表面の粗さを、指先を擦らせて感知し、即座に研磨の強さ、位置、角度を修正する。観察していると、何気なく一律に研磨しているようにしか見えないその動きに、大量の修正行為が介在している。このような触覚性の経験と触覚的な対応可能性の獲得が、臨床における経験モデルのひ

<sup>33</sup> J. グルーブマン：前掲書 2011、参照。「現場の医師は、膨大な量のデータを集めてから、ありうる診断について悠長に仮説を立てるようなことはしない。医師は逆に、患者にあった瞬間から診断のことを考え始める。『こんにちは』と言いながら相手を観察し、顔が青白いか赤いか、首の傾き、目や口の動き、座り方や立ち方、声の響き、呼吸の深さなどを頭に入れていく。次に、患者の目の中を覗き込み、心音を聞き、肝臓を押し、最初の X 線写真を調べるうちに、患者のどこが悪いという最初の印象をさらに発展させる。研究によると、ほとんどの医師は、患者と会った時点で、即座に二、三の診断の可能性を思いつき、中には四つや五つの診断を頭の中で巧みに操る器用な者もいる。それらすべての極めて不完全な情報に基づいて仮説を展開させるのだ。そのためには近道をせざるを得ない。ヒューリスティックス（発見法の問題解決法）と呼ばれる手法だ」（42 頁）。

とつになる。

また他方で、臨床内病理が変転することは、治療や訓練の見立ての単なる失敗ともいえない。むしろ患者の抱える問題が単純病理ではなく、複合病理であることを暗示しているだけである。急性の病ではない、慢性疾患の多くや重度心身障害児の身体経験は、複合的な病理のネットワークを形成している。その場合、介入することでネットワークのバランスや局所への負荷のかかり具合が変わり、それによって以前は目立ってこなかった潜在的病理が浮かび上がる。場合によっては、以前の病理も背景化しているだけで、依然維持されつづけている。そうだとすれば、むしろ慢性疾患で病理が変わらないということこそ、患者の経験に動きがない、つまり経験の可動範囲を強化するように臨床が行われている証左となる。

慢性疾患は、たとえ患者本人にとって不都合なことが多くても、安定している。そして慢性期における医療はこの安定性維持に一役買っている。とはいえこの安定性は、病理を含みこんだ安定性であり、病理とともにある安定性である。システム的に見ると、動きを欠いたまま展開することのない疑似-安定系の獲得である。その意味では、精神病理的用法を超えて、ヤスパースの不可逆で持続的なプロセス概念が、慢性疾患においても該当してしまうことになる。そしてこれは、病理や障害を通じた「代償」という問題に直結する。

#### 4. ゴルトシュタインの意匠—代償と病的安定性

臨床内病理は、名辞できない場合でも、それ自体まとまりのある経験として感じ取られる。粗雑な言い方だが、このまとまりをヤスパースは「病的プロセス」と呼んでいた。統合失調症の病状は多彩な軌跡を描きながらも、ある一定の範囲に収束していく。それが病理であるかぎり、そこには何らかの経験の動的安定性が成立している。あるいは、そうした経験のまとまりが臨床内で感じ取れないかぎり、介入する足掛かりさえ見いだせない。

しかも、そうしたことが起こるのは心的システムだけではない。社会システムにも、身体動作システムにも同様なことが起き、さらにそれらが固有にカップリングを形成し、安定する。そのためプロセスとしての臨床で問題になるのは、ヤスパースに抗って、システムの変化可能性とそこから別様の安定系への移行可能性を患者の経験のうちに作り出すことができるのかどうかである<sup>34</sup>。すでにこの場面では、了解可能か、不可能かは副次的問題にすぎない。

C.ウェルニッケのもとで医学を学んだクルト・ゴルトシュタイン(1878-1965)は、人間の病理を、有機体としての生命が様々に獲得する経験の疑似-安定系として理解しようとしていた。彼は、ドイツの脳病理学者であり、1935年にアメリカに亡命し、後の神経心理学や異常心理学の展開を促した

<sup>34</sup> H.ヘーフナー:前掲論文、1981、25頁以下参照。および脚注23におけるヘーフナーによるプロセス概念の刷新についても参照。彼の定義では、プロセスの必然的不可逆性は放棄され、「ある程度の不可逆性」、「ある程度の不可逆性」という譲歩が行われることで、患者の変化可能性、展開可能性を積極的に取り入れようとしている。

パイオニアでもある。大戦中に多くの脳外傷者の臨床を行い、彼らの精神構造を、有機体が世界にかかわる態度の障害として記述することで、現象学者のメルロ＝ポンティや、患者中心療法のロジャーズにも多大な影響を与えた。

そのゴルトシュタインは主著『有機体の構成—病的人間の経験への特殊な配慮に基づく生物学入門』において、当時の主流である局在論的な病理観察に異を唱え、生命の全体論的観察の重要性を説いている。精神や身体、そのどちらを起点にしてもいけない。いつでも生体全体から出発しなければならない、それがゴルトシュタインの探究指針である。局在論批判の論拠として彼は、①大脳における機能中枢の不在、②局所的疾患の生体全体への影響関係、③マイクロ病理とマクロ病態との対応関係のなさ（1対多、多対1）、④生体の利害調整（意味）による経験の組織化力といったものを挙げている<sup>35</sup>。そして、生体として中枢神経系疾患を観察すると下記のような一般的病像が見えてくると言う<sup>36</sup>。

- 1) いかなる場合も、ただ一つの作能や作能領域のみが廃絶されることなく、いつでも多かれ少なかれ全作能領域が侵される（ただし強度は領域ごとに異なる）
- 2) いかなる場合も、一作能領域が完全に廃絶することはない。多少の作能は保存される。
- 3) さまざまな領域に見られる障害は、種類から見れば同一である。それら症状はひとつの根本的病変の表現である。
- 4) 根本的变化の特質とは、一定の態度の障害か、機能の障害である。

1) の原則からは、局所の障害であっても生体システム全体に何らかの変化が起こること、さらに局所の障害を仮に回復できたとしても全体システムが元に戻る保証はないことが示唆される。2) の原則は、個別作能にも度合いがあり、その障害の度合いに応じて、全体に与える影響が変わってしまうことが考慮されている。片麻痺の場合でも、完全麻痺というのはほぼありえないし、認知機能の一切が途絶することもない。残存作能のありようによって代償パターンは多彩化する。3) の原則は、どのような障害であれ、健全という経験の安定性から、病理を含んだ疑似 - 安定性への移行として捉えるゴルトシュタインの探究指針である。4) の原則は、たとえ局所的な機能の障害であっても、それはその生体全体、さらには環境世界とのかかわり方全体（態度）の変化および障害のプロセスであることを意味する。ゴルトシュタインにとって「機能(Funktion)」は、「作能(Leistung)」からは明確に区別され、実験的条件を整備し、孤立化や、局在化という操作の果てに観察される抽象概念である

<sup>35</sup> K.ゴールドシュタイン：『生体の機能』（村上仁・黒丸正四郎訳、みすず書房、1970）、48頁以下、124頁以下参照。

<sup>36</sup> K.ゴールドシュタイン：1970、9頁以下参照。またゴルトシュタインによる臨床における症状の確定原則は以下のようなものである。1) あらゆる現象を観察し、それら現象に優劣をつけないこと、2) 現れている結果そのものが重要ではなく、結果に至るプロセスの種類を見極めること、課題の解決そのものが重要ではなく、どのように解決に至ったのかを見極めることが重要である、3) 観察される現象がどのような状況において行われていたのかを配慮すること（環境状況、対人状況）。

37。

メルロ＝ポンティに影響を与えた考えは、3) と 4) の原則にかかわる。ゴルトシュタインは、病理を世界とかかわる生体の「態度様式の障害」と考えている。言い換えると、病理とは、脳内や身体の器質的変化とは独立に、生体と世界との現象学的な関係性の変容ないし障害である。このことは、「症状とは病者に与えられた一定の課題に対する彼の解答である。したがって、少なくとも課題によって限定を受ける」<sup>38</sup>という彼の症状論からも読み取れる。このような見解を彼が導き出したのは、「失認」、「否認」、「半側空間無視」、「一側性小脳損傷による運動失調」の患者との臨床経験を通じてである。これらの疾病に共通しているのは、第三者的には明らかに奇妙な知覚経験、行動をしているのに、当人はそのおかしさを感じ取れないことであり、「世界とのかかわり」そのものが何か奇妙に変容していることである。それゆえ、ゴルトシュタインにとっての「代償経験」ないし「疑似安定性の獲得」とは、個体の変容が、それが生きる世界の変容と相関してしまう地点において成立する。そして以下が、この代償という現象に含まれる一般原則である<sup>39</sup>。

- 1) ある領域の作能が障害を受けた場合、生体全体の作能からみて最重要と思われる作能が保護される。
- 2) 生体全体の要求から考えて、従来のやり方で、その器官の解決すべき課題が十分に完遂されていけば、従来のやり方が保存される。しかしその作能では完遂できなくなると、「態度の転換」が起こる。この転換は、第一の原則に従う。
- 3) 価値の高い作能が一領域に発生する場合、必然的に生じてくる他の種類の障害は無視される。その場合、原則としてそうした障害が生じて、生体全体は該当領域の障害よりも影響が少ないことが前提となる。
- 4) 態度の転換は練習の結果ではなく、患者の知らないうちに突如として起こる。

この態度の転換とは、残存機能によって自己防御しながら世界とかかわる態度を、あるいは世界から撤退する態度を、その当人の意識や意図とは独立に患者の生体が新たに身に着けることである。そのかぎり、それが障害に見えるのは、当人にとってではなく、それを観察するものにとってではない。ここには、患者にとっての「世界の変容」、および「世界にかかわることそのものの変容」、さらに「その変容の無視」が伴っている。この態度の転換、すなわち「代償」の獲得は、生体の危機回避の結果おのずと生じる。それは、患者の生にとっての「最適な選択」であり、そのかぎり、安定的

<sup>37</sup> ゴルトシュタインは、「機能(Funktion)」と「作能(Leistung)」とを区別して用いている。なぜなら「機能」という語は行動の形式的構造を示すものであり、作能という語は、生体が自己を具現していく具体的行為そのものを意味しているからである。ゲーテはこのようとき、『行為しつつある存在(Dasein in Tätigkeit)』という語を用いた。K.ゴールドシュタイン: 1970、198頁参照。

<sup>38</sup> K.ゴールドシュタイン: 1970、3頁。

<sup>39</sup> K.ゴールドシュタイン: 1970、24頁以下。

になるとゴルトシュタインは述べている<sup>40</sup>。

「代償作能の意義はその内容の如何にあるのではなく、むしろそれが行われているかぎり他の危機反応が起こらないという点で意味がある。また生体解体の段階構造からいうと最後の救いであり、生存を維持する唯一の手段であり、その点では、外界の意義深い処理法である」<sup>41</sup>。

左半側無視では、通常を中心窩とは異なる部位に焦点を合わせるように頭と体幹を右前方に傾け、中心部をずらした地点で視野が組織化される。そしてその体勢と視野内で経験が生じている限りで知覚的にも、情動的にも患者は安定する。そしてそのような体勢と視野でしか世界にかかわれないこと自体が、患者の経験可能性から締め出される。それに対して、一次視覚野の軽度障害による半側性弱視では、半側無視のような態度の変換は起こらない<sup>42</sup>。対象物が見えづらいいとはいえ、従来の世界とのかかわりが維持できるからである。

「患者にとってある刺激が有害になり始めるとただちに危機反応が起こり、それからは適切な刺激評価も行われなくなり、患者は外界から全く隔離されてしまう。彼は危険な状況を積極的に避けるというよりも、むしろ受動的に避けている。...患者をその危険性を熟知している状況に無理に置こうとすると、彼は何か他の作能—すなわち代償作能を行うことによって、この強迫から逃げようとする。この点で患者は非常に聡明である」<sup>43</sup>。

代償動作は、明らかに無意味で、社会的に有害な行動であっても、それ以上の危機に対する防衛反応が抑制されるかぎりで選択され、それが意識の自然となる。「欠陥を有する生体は、その欠陥相応に彼の環境を制限しなければ、秩序ある行動をとることはできない」<sup>44</sup>からである。その意味では代償行動の発現は同時に、患者が経験できる「環境の制限」と、その「制限の非意識的許容」を含んでいる。

地面やベッド、風呂、ダンスといった環境内の存在は、代償によって対応可能であり、利用可能な範囲にあるかぎりで見えられ、経験される。逆からいえば、生体に対応すべき有意義な環境の特性が代償パターンの生成に影響を与えている。ゴルトシュタインは、例えばカブトムシであっても、環境

<sup>40</sup> K.ゴールドシュタイン: 1970、195頁。「身体の一部において最適なる動作は生体全体にとっても最適なる動作であり、身体他の部分が最適の状態にあつて初めて可能になる」という発言も参照。

<sup>41</sup> K.ゴールドシュタイン: 1970、18頁。

<sup>42</sup> K.ゴールドシュタイン: 1970、23頁。

<sup>43</sup> K.ゴールドシュタイン: 1970、18頁。または、小脳損傷の患者についての以下の記述も参照。「患者は身体、ことに頭部の患部の患側への傾斜を示す。病者はこの異常な姿勢を保っているかぎり、比較的気分がよく、眩暈等の主観的症状もより軽度である。また歩行、指示等の客観的作能も正常に近い。しかし病者が以前の正常な姿勢に戻るや否や、種々の症状は再び著明になる。すなわち姿勢異常はより正常に近い作能の前提条件であり、病者にとって『最も適当な状況』である」(222頁)。

<sup>44</sup> K.ゴールドシュタイン: 1970、22頁。

に応じて代償行動のモードを切り替えると述べている。中肢の末端を切断されたカブトムシは、肌理が粗い平面上ではほとんど変わらない正常歩行を行うが、つるつるの平面に置かれると、即座に切断された肢だけを使わない交代歩行に切り替える<sup>45</sup>。カニでも同様の転換が起こるらしい。こうした場面で、昆虫やカニが無い肢を嘆きながら、意識を通じて目の粗い場所と滑らかな場所の特性を区別しているはずはない。ほぼ自動的に対応している。昆虫では、運動パターンの生成は胸部神経節で行われるが、パターンの切り替えや、開始、終了、方向調整等には、頭部神経節の働きが必須である。その意味でも、ここでは中枢神経系を介した自動的で、非意識的な生体と環境とのかかわりの形成（代償）および調整が問題になっている。

代償の出現が、その生体が生きるのに選択する環境特性と切り離すことができないというのは、この局面においてである。つまりゴルトシュタインが見出したのは、志向性や気づきを伴った高次認知とは異なる場所で、体験世界とのかかわり形成を行う生体の現実である。またさらに、このように代償を通じた病理の安定化を把握することは、精神疾患における幻覚・妄想の役割と類比的でもある。現象学にも精通していた精神科医のヘーフナーは、妄想や幻覚を、縮減し、隠蔽された世界とのかかわりを補完する「世界の代用物」として、つまり世界を代償することとして理解している。

「妄想は『現実的な〔世界との〕関連から退いて自己中心的となった特殊な関連の中に閉じこめる』ことを可能にするカプセルとして現れる。言い換えれば、世界との関連を縮減された形で可能にするものの、危険性のある経験領域は覆い隠してしまう〔妄想という〕『まゆのような中間世界像』を通じて一過性の相対的安定化がもたらされる」<sup>46</sup>。

ヘーフナーの病理解にゴルトシュタインを援用すれば、妄想・幻覚は生体とその経験の安定化にとって必須の補完物であり、生体そのものの最適な生存戦略となる。このことを患者の現実からいえば、妄想や幻覚といった各種症状の抑制的、消去的な治療介入は、この安定性に対する直接的攻撃となる。それに対してたとえば、患者に二重見当識を獲得させるような介入は、現実世界と妄想世界との境界線をくりかえし引き直す調整作業となる<sup>47</sup>。この境界の揺り動かすは、病理の代償的安定系に変化を与え、患者の経験に選択肢を組み込み、自由度を高めることを焦点としている。生体そのものによる代償の自動的選択から、患者の意識や気づきを介した任意的選択へと病理が変化することは、それ以外の経験の安定系へと移行するさいのステップのひとつとなる。問題になっているのは、安定系そのものの複合化であり、それに関連する臨床的な介入の試みである。

<sup>45</sup> K.ゴールドシュタイン:1970、119頁。

<sup>46</sup> H.ヘーフナー:前掲論文、1981、58頁以下参照。注24でも述べたが、ヘーフナーは最終的にプロセス概念を、「解体プロセス」と、「精神的プロセス」に区分し、後者をさらに「変転プロセス」と「制限プロセス」に分ける。引用箇所は、変転プロセスにおける妄想・幻覚の役割についてである。

<sup>47</sup>加藤敏:前掲書、2005、60頁以下参照。



## 5. 代償と最近接領域

プロセスとしての臨床の内実を展開してみると、経験の安定化としての代償の問題が現れてくる。精神科医であり、心理学者でもあったアドラーによれば、「代償（Kompensation）」という概念は、欠陥をかかえた器官をもつ有機体が、その欠陥を補うように行動を変化させること、場合によってはさらに悪化させるところにまで進んでしまうこと（過剰代償）を指摘した生物学由来のものである<sup>48</sup>。内科学でも、代償性肝硬変のように、機能の欠損を残存能力で補うことで症状が出ない潜在期に代償という語が用いられている。あるいは、多汗症手術後に起こる、以前にはなかった身体部位での発汗が代償性発汗と呼ばれる。これらに共通しているのは、代償が、システムの運動に何らかの変異、障害が起きたさいに、システム自体が対応する結果生じるものであり、それが成立することで、一時的であってもシステムの再安定化もしくは疑似安定化が図られるということである。

このような経験の安定化に対して、どのような臨床上のアプローチが考えられるであろうか。あるいは、維持すべき安定化とそうではない安定化の区分はどのようになされるべきか。これらの問いは、リハビリテーションないし精神医学の臨床において避けることのできない難問である。

経験のドイツ語は *Erfahrung* である。その原義は、不断の前進を獲得することである。システム論的に不断に前進するということは、自らの境界を変えて新たなシステムに成り行くことである。システムが自己組織的に展開すること、あるいは展開する余力を十分に備えたシステムであることが、経験の原義に忠実である。この場面で、システムの「健全さ(healthiness)」という問題が浮上する。システムが自己の境界を生み出し、内外を区分しながら安定化することは、システム合理性である。そこにはエネルギー効率化や、システムの行為履歴が関与している。この点までは、健全なシステムであれ、病的なシステムであれ、違いはない。では何が、システムの健全さを積極的に決定するのか。これは、ゴルトシュタインでさえも踏み込めてはいない課題設定である。

システムをそのプロセスから見た場合、その不健全さの指標として以下のことが考えられる。すなわち、システムの安定化が、1) 当のシステムの運動可能性の制約となり、システムの自由度を減少させ、短期的に、全面停止へと至る可能性を含んでいること、2) 他の安定状態への展開や、その移行可能性を廃棄していること（これは、展開の選択肢を潜在的に抑制していることとは異なる）、3) 外因ないし内因を通じたシステム内に生じる攪乱に対して脆弱であること、4) 局在的であれ機能不全が生じたさいに再度安定したシステムへと復帰できないこと、等が挙げられる。

1) と 2) は、システムの自己組織化を拒む指標であり、3) と 4) はシステムのレジリエンスを減少させる指標である。システムの安定化にとって「自己組織化(selforganization)」と「レジリエンス(resilience)」は相補関係にある。というのも、健全なシステムにおけるレジリエンスの減少は、シス

<sup>48</sup> A. Adler: *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Berlin/Wien, 1907. あるいは A.アドラー: 『人間知の心理学』(岸見一郎訳、アルテ、2008)、79 頁以下参照。ただし日本語訳では、代償ではなく、補償となっている。

テムを不安定状態に置くことで自己組織化を誘発し、そこからシステムを再度レジリエントなシステムへと回帰させるからである。その意味では、システムの健全さは、システムがこの再帰的かつ自己展開的な循環運動を継続可能かどうか、複数の安定系のネットワーク間を遊走する「ハイパーサイクル」になりうるかどうかによって決定される<sup>49</sup>。とはいえ厄介なのは、この健全さが当のシステムが安定状態から逸脱したさいにしか評価できないことである（**健全さのパラドクス**）。そもそも上記の指標は、直接、安定化したシステムの内実からは見出せず、システムが新たなプロセスを進むさいに、どのような運動を実現するのかに応じてしか吟味できない。

このことをより臨床に近い場面で捉えると、発達心理学者のヴィゴツキーが、定常的な発達水準とは区別して導入した「最近接領域（zone of proximal development）」<sup>50</sup>の発見と極めて類似の問題設定であることが分かる。二人の子どもがいて、彼らに知能テストを行った結果、どちらも知能年齢が七歳だったとする。その二人の子どもに彼らの知能年齢よりも高い課題を提示し、さらに他者がその課題についての誘導と教示を行ったさい、一人の子どもは発達水準を二年も追いつく課題をクリアできたのに対し、もう一人の子どもは半年先の課題しかこなせないといった「差」が見出されることがある。この「経験の伸び代」、「潜在的対応力の幅」の差が、個々のシステムの発達上の最近接領域を特徴づけている。知能水準や外的行動が等しくても、その個体が対応できる経験ないし課題は異なるのだから、教育者はこの差を見極めて教育的課題を設定しなければならない。

この最近接領域の特定には、一度既存のシステムの安定に揺さぶりをかける必要がある。教育場面でいえば、自力では決して解決できない問いに直面させることである。しかもその揺さぶりは、心的システムによる完全な拒絶、思考停止、感情の過剰運動を引き起こすものであってはならない。そうした揺さぶりでは、結果として、既存のシステムの防衛的強化にしかならないからである。そうではなく、拒絶や防衛が強く出ない個々のシステムの経験の位相を特定し、その経験の近傍に、既存のシステムの選択肢では対応できない課題を順次設定していくのである。

ヴィゴツキーは最近接領域の発見にさいして、子どもの「自発性」ではなく、「模倣能力」を重視している。そもそも既存のシステムにはない選択肢を実行させるのであるから、その選択の場所まで当人の経験を引っ張るよりない。模倣能力の活用は、経験を拡張するための最初のとっかかりを作る。単に模倣といっても、それが成立するには「呼応行動」、「共同注意の共有」、「言語をつうじた経験理解」といった背景的な経験の作動が前提になり、そのうえで思考パターンや感情運動、動作遂行にかかわる模倣の実行が可能になる。

臨床場面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<sup>51</sup>。カップリングは質の異なるシステム相互の連動関係である。この連動が、模倣を通じて患者の疑似安定系の境界を拡張するように働きかけること

<sup>49</sup> ハイパーサイクルに関しては、拙論「健康のデザイン…建築と覚醒する身体」、山田利明・河本英夫・稲垣論編著『エコロジーをデザインする—エコ・フィロソフィの挑戦』（春秋社、2013）所収論文、278頁以下参照。

<sup>50</sup> ヴィゴツキー：『「発達の最近接領域」の理論』（土井捷三・神谷栄司訳、三学出版、2003）参照。

<sup>51</sup> 人見眞理：前掲書 2012、302頁以下参照。

を可能にする。カップリングは、システム間の連動とはいえ、因果的な線形の関係ではない。その意味では、セラピストが患者を治療するのも、患者がセラピストに治療されるのでもない局面でのみ、カップリングは成立する。両者は独自のシステムとして固有に閉じており、固有に閉じたシステムが、互いの距離間、速度、リズム、強度を変化させているうちに、おのずと連動関係が成立してしまうことがある。等しい友人間で、口癖や動作が似てしまったり、できなかった運動動作のお手本を一度見るだけで、動作の水準が変化してしまうことがある。こうした場面での模倣が、カップリングを通じておのずと起こる。そしてこのカップリングは、臨床というプロセスを共有する中でしか行われえない。それはまた、断ち切られることもあれば、断ち切ることで初めて接続されることもある。

カップリングを通じた臨床では、セラピストは固有に何かを継続的に行っている、にもかかわらずその傍らにいた患者は、セラピストが行ったこととは独立になぜか勝手に治癒してしまうというのが実感として正しい関係となる。確かにセラピストはさまざまな試行を行うし、注意や気づき、認知を総動員して訓練を組み立てている。しかし最終的に患者は、自分で自分を変えていくのである。その関係に入らなければ、それ自体また展開を欠いた頭打ちの代償となり、別種の病的安定系となる。おそらく、こうした臨床を首尾よく実行している臨床家は、患者が変化していること以上に、自分自身の経験を変化させている。自ら変わらないものが、他者の変化にかかわれるはずはないからである。

## Clinical experience as process Part II : A phenomenology of the Being-in-the-clinic

INAGAKI Satoshi

Clinical experiences cannot be conducted alone. They first are achieved through the collaborative actions of patients and health professionals. A follow-up to my previous paper, this paper provides a more detailed explanation of what occurs during the process known as clinical experience in order to bring us closer to its reality. As an outline, I will explore the themes of 1) process characteristics, 2) the process known as clinical experience, 3) the phenomenology of the Being-in-the-clinic to show that the "compensation" is an unavoidable consequence of the linking of stabilizing systems. Finally, I will use hints from the research of Kurt Goldstein, a German neuroscientist who greatly influenced the field of phenomenology to evaluate the issue of compensation experience in clinical processes to indicate the diverging point of healthy systems and ailing systems.

Keywords: phenomenology, clinical session, Being-in-the-clinic, intuition,

Kurt Goldstein, compensation