



### はじめに

- ▶ 臨床とはどのような経験することなのか?
  - ・リハビリテーションの臨床(精神科臨床と一部重複)
- ▶ プロセスとしての臨床をどうつかまえるか?
  - ・臨床の原則
  - ・臨床的病理
  - ・通底する経験(介入ポイントと代償経験)

### 臨床の原則①

- ▶ 線形的思考(直接因果)の放棄(あるいは参照軸としての利用)

介入A → 変化B → 介入C → 変化D

「こうやったから、ああなった」という思考の放棄  
経験を単純化ではなく、複雑化する思考の導入

- ▶ EBMのEvidencelは、直接因果を否定している(単純因果の誤解)
- ▶ 遠回り、うつむせ、ずりバイ、ハイハイ、座位、つかまり立ち、立位、歩行(観察者の誤解)
- ▶ 手を挙げようと思ったから手が上がるのではない(意識の誤解)
- ▶ スポンジを背中に当てたら体感バランスが向上したのではない(セラピストの誤解)
- ▶ 素材を判別したから、緊張が緩み、可動性が高まったのではない(課題の誤解)
- ▶ 生きた行為文脈を入れたから、動作が変化したのではない(ナラティブの誤解)

### 臨床の原則②

- ▶ 間接的、非線形的思考の導入

介入A ———— 変化B

変数: a, b, c, d, e, ..., f(a, b, c), f(d, e)

この一の間でどれだけ多様な変数が出現し、それらが間接的に関与し、場合によってはネットワーク化することで結果が出ていたのか? という問いに変換する。

- ▶ この変数の一覧をどのように設定できるのかが、臨床家が見ているもの、感じ取れるものの範囲となる。

### 臨床の原則③

- ▶ 接触課題

介入A ———— 変化B

変数: a, b, c, d, e, ..., f(a, b, c), f(d, e)

スポンジの堅さの認定の結果、体感バランスが変化する

【堅さの認定・判別】にどのようにとり着いたか(知覚仮説)】

- ・変数(1): 圧感覚、接触速度、接触面積の変化といった触覚性感覚の精度の調整
- ・変数(2): 患側の緊張の度合いの変化
- ・変数(3): 臀部、背部における自動的な体重移動
- ・変数(4): 患側脚へと注意を向け、その集中度を感じ分けられる
- ・変数(5): 課題時の非意識的な姿勢維持、四肢の緊張維持
- ・変数(6): 柔らかさや堅さに固有な情動的感じ(心地よい、不快)の感じ取り
- ・変数(7): コンテキストの中で感じ取りの実行

### 臨床の原則③

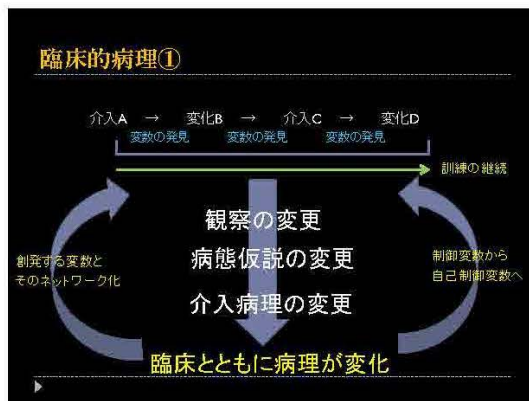
- ▶ 慢性疾患の臨床は調整課題の連続である

調整課題とは、線形関数のように一意的対応で解が出るような問いではなく、多因子、あるいは多システムとの運動関係を見極め、効果的なポイントに介入し、調整することで、そのつどの最適解を見出すような実践的、継続的アプローチである。

問題点: 何が治癒(寛解)であり、どこに進むべきかが決まらない  
当初の目標が繰り返して変化(通底する経験の確定困難さ)  
調整の効能の判定をどうするのが外的基準からは決まらない

対応策: 経験の創発の積極的活用、臨床的病理の発見と展開、参照枠(結果・外的基準)としての回復

※指標: 問題行動の解消、可動域の拡張、ADLの上昇、症状の緩和、発語の変化、当人の行為変数の集合変化



- ### 臨床的病理②
- ▶ 疾病分類やその他の検査項目による病理学的分類からではなく、臨床的なかわりの中だけでは見出せない病理がある
  - ▶ セッションを通じて作られた病理(医原病)であることもある(展開なき代償)
  - ▶ 病理は、セッションの継続に応じて形を変え、以前の病理を塗り替え、そこに割り込むようにして現れてくる特異な運動をする(臨床的還元+エピソード)
  - ▶ それを見立て、先回りする固有な感度・総合的知性が必要とされる。
  - ▶ 通底する経験へ → 介入ポイントと代償経験を見極めること

- ### 通底する経験へーどこに介入するのか？
- ▶ 介入ポイントは
    - 1) 見かけの欠損・陽性症状(外的基準からの顕著な逸脱)
    - 2) 患者の訴えによる推定部位、あるいは症候
    - 3) 見かけの欠損部位とは異なる隣接部位
    - 4) 患者にとって自由度が残されているが、活用されていない患側部位、陰性症状
  - ▶ 1)2)の見立ては、原因論的、直接介入的発想(抑圧的)、注意の回避、欠損の目覚化(障害受容)、病態の単純化を指し、現象(結果)に対する対症療法
  - ▶ 3)4)の見立ては、一見病理とは異なる部位への介入。患者にとっての欠損を補うという発想ではなく、経験の展開が見込めるところへ介入。それが間接的に見かけの欠損にどう働きかけるかをくりかえし吟味

- ### 通底する経験へー代償経験とは①
- ▶ 代償(substitution): 本来の欲求が満たされないとき、それに類似する対象を通じて欲求の疑似・類似充足を行うこと(現実世界で生きることは、代償の連続である)
  - ▶ そもそも代償ではない経験は、存在するのか？
    - ・意識であれ、神経であり、身体であれ、負荷がかかり、障害が起きれば、その負荷や障害に対応するための迂回路を模索する。その結果が代償に結びつく。しかしそのこと自体は(動作)システムの合理性に逸っており、システムの自然である。葛藤の回避、欲望の昇華、人格の捏造、特定行為動作の反復、半側無視、常同行為等々。
  - ▶ 表象(representation)=再現前=代理提示=代償(イメージや視覚)
  - ▶ 認知への誘導は代償行動につながる可能性

- ### 代償経験とは②ーフロイトを手がかりに
- ▶ フロイトの臨床は何を行っていたのか？
  - ▶ 「分析の仕事の目的とは、患者がその発達の初期の抑圧をふたたび廃棄し、心的に成熟した状態に相当するような反応によってこれを代償するところまで患者を連れて行くことである」(フロイト、「分析における構築」)。
  - ▶ 「分析家は、構築が一部仕上がると、それが被分析者に作用するのを目的としてそれを被分析者に伝える。分析家はさらに、そこから新たに流れ込んできた素材をもとに異なる構築の一部を作り上げ、それを同じ方法で扱う」(フロイト、「分析における構築」)。
  - ▶ フロイトの臨床は、1)外傷、2)強すぎるエス、3)弱すぎる自我(自我受容)という三つの病因混合体(ネットワーク)の力配分を見極め、調整することをターゲットにしていた。

## 代償経験とは③—フロイトを手がかりに

### ・フロイトの臨床は何を行っていたのか？

「構築が誤っている場合、患者には何一つ変化が起こらない。しかし構築が正しかったり、真理に接近していたりする場合、患者はその構築に対して、症状や全身状態の、誤認のしようがないほどの明らかな悪化をもって反応する。...しかしこの患者の反応はたいしての場合、多義的であり、最終的な決定を下すことを許さない。ただ分析の成り行きのみが、わたしたちの構築が正しいのか、役に立たないのかの決定を下すことができる。私たちは、個々の構築を一つの推測以上のものであるなどと言いつつはしない。それではまずい。時味は、証明され、あるいは第3者の承認を得た後、いっしょに推測にすぎない」(フロイト、分析における構築)

## 代償経験とは④—フロイトを手がかりに

### ・フロイトの臨床は何を行っていたのか？

・フロイトにとって構築された物語は、患者の経験を動かし(陽性的にであれ、陰性的にであれ)、次の介入ポイントを探るためにのみ行われている。その場合、フロイト自身の意図を超えて、構築された物語はその正当性や真理性、現実の経験であるかどうかといった真偽問題を外れてしまう。物語自体は、経験の再組織化のためのきっかけにすぎない。

・むしろ構築された物語による当人の経験の変化の可能性、構築の了解不可能性(否認)そんなことは考えたことがありません)から、受容可能性(記憶における部屋の備品、人の表情)へとズラしていく中で、拡張させる。そのさい、情動運動を同時に作動させることが、単なる出来事記憶としての記憶形成とは異なる。記憶の再編につながる。

## 代償経験とは⑤—何が問題なのか？

▶ 正常動作とは、エネルギーコストを最小限に落とすように、最大機能効果を得るような動作群である。そこには、アスリートの技能のように相当程度の個体差と多様性が含まれる。

▶ この基本形からの逸脱が、代償機能形成である。健側による患側の代償、緊張が低く、麻痺の程度が低い部位での代償、分回し歩行、跛行。

▶ その意味では、患者にとって自由度が残された能力や部位を、患者が気づける範囲内で、あるいは障害を通じた自動性によって、活用することで形成されているのが「代償行為」である。

▶ 一度、この代償パターンが習慣づけられ、機能効果の実感に裏打ちされると、そこから再度別種の組織化に入ることが困難になる。

▶ これは、補助具、電動車イスでも同様である。機能の再獲得だけでは、障害をもった身体を忘れた方が手取り早い。

## 代償経験とは⑥—レジリエントなシステム

### ▶ 身体が抱え込む負荷の分散

身体が完全なシムフリーでばいばきり、身体局所にかかわる負荷が均等に分散されることはない。むしろ均等に負荷が分散されるようなシステムでは、負荷が限界蓄積に達すると一挙にシステムが崩壊に至る。そのため、負荷の不均衡分散は悪いことではない。しかし他方で、使いやすい部位が過剰に解放せられ、使いにくい部位が解放されることで、負荷が局所に蓄積されることになる。重要なのは、負荷の分散の配列と度合いを変化させる身体動作および組織化の自由度の獲得である。

▶ レジリエントなシステムとは、頑健(robust)でも、脆弱(fragile)であってもいけない。レジリエントなシステムとは、外乱によってシステムが動揺したり、損傷した場合であっても、そこから新たな平衡状態をみずから作り出し、再度安定するシステムである。病を排除し、防衛するといふ堅固なシステムではなく、病にかかわることも積極的な選択規則を入れることで、むしろ被害を最小限に抑え、分離し、耐性をつな、問題の局面を変えて解消してしまうことである。システム特性として、復元性、多様性、冗長性、単純可能性、並行分散性、外乱による耐性の吟味可能性が挙げられる。これを**身体動作システムに当てはめるとどうなるのか？**

## 代償経験とは⑦

### ▶ 患者の身体は、どのようなモードで代償を引き受けているのか？

#### ①安定化、パターン化的代償

患者本人が意識する、しないを問わず、本人にとって特定機能が実現できる動作、行為(ターンの形成へと収束する。分回し歩行や跛行も、一度パターン化されると強固になり、それ以外の歩行・動作モードへと展開できなくなる(選択性なき代償)。しかもそこには、患者が感じ取るものの範囲内での最善といふ認識、機動的な側面も併存。負荷の分散が可能です。その「分回し」に問題が起きた場合は、別な強固な代償に置き換えられる。

#### ②場当たり的な代償

ある認定課題に対して、セパストに求められていることは異なる経験や身体部位、戦略を用いて、課題の解決を行う。とにかくセッションをやり直し、セパストの求めに導くことが目的となるような代償。振技の一形式。①の代償(ターンの)がセット化すると、手持ちの代償の選択範囲のみ、一切の困難への対応を行おうとする。当人は姿勢を直そうとしても、経験を動かすこともなく、さらにそれ以外の選択があるということが感じ取れなくなる。手段の目的化になる。

#### ③抑制的な代償

①や②による代償は、それ以外の選択肢の抑制を伴っている。問題は、①と②でその抑制された選択肢が、内化された。次の実践の獲得や能力の獲得に阻害しないことである。とはいえ、子どもが前向きな能力を獲得する型でも、既存の行為選択肢を抑制してしまうことがある。それ以前で済んでいたものが、消失するが、できない、ある程度の後遺期(再編期)を要したのち、一挙二割の局面への経験の再編、総量化が起こる。その意味では、抑制されているものが、次の編成への展開可能性と、潜在的な機動性を維持しているかどうかの異極性が重要になる。「前進なき停滞」と「前進へ向けた停滞」をどのように区別するのか。

## 代償経験とは⑧

### ▶ 患者の身体は、どのようなモードで代償を引き受けているのか？

#### ④展開可能な代償

臨床においては、そのつどの病態・病状に似た、そのつどの代償的対応が出現してくる。問題は、そうした代償的対応が、1)それを過渡することしか、次につながれる、ような代償なのかどうか、あるいは2)ターゲットとする経験へと近づいたため、あえて代償のパターンを利用せざるを得ないのかどうかによって対応や介入ポイントが異なることである。どちらの見識もない場合、それは一挙に崩壊しそうな代償であり、①や②の代償ネットワークの強固性につながる。それに対して、急性期における半閉空間無残や、ブッシュー現象は、そこをぐるぐるか飛越の自己治癒であるかのような神経経済の生存戦略である可能性が高い。その場合、症状への対応は、次の展開可能性を見逃したものである。

#### ⑤代償ネットワークの自在化

選択性のない代償から、選択性のある代償へと展開することは、能力を入れ子にネットワーク化することにつながる。顕存やリサーチがパターン化しにくくなる。それそれ体験や場面に応じて使い分けることも代償の結果である。歩行ができるようになった子どもは、ハイハイもスリハイもなくなるが、いつでもそれらを選択、実行する経験の自在さを備えている。いくつもの動作パターンを潜在させた高次動作と、それ以外の選択のない高次動作は、レジリエンスの面からいって同じ動作とは言えない。リハビリは、この潜在化された動作可能性のネットワークの拡充と自在化にかかわる。