


| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">治療の最近接領域</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">2016/12/17 第8回人間再生研究会</p> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">東洋大学 稲垣 諭</p> | <p style="text-align: center;">はじめに</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 発達最近接領域 ▶ 治療的介入の最近接領域(心理療法) ▶ 理学療法と技 ▶ 大越による代償パターンの概括 ▶ 大越友博の臨床原則 <hr/> |
| <p style="text-align: center;">発達の最近接領域 (1)</p> <hr/> <p>▶ ヴィゴツキー</p> <p>「独力で問題を解決することで決定される現在の発達水準と、大人の補助もしくはより能力の高い専門家との共同において解決できる問題を通して決定される潜在的な発達水準との距離」</p> <ul style="list-style-type: none"> ※ふたりの子どもとBがいる <ul style="list-style-type: none"> ・知能年齢は7歳 ・しかしAは補助ありで知能年齢を2年も越え課題ができたのに対して、Bは半年先の課題だけこなす。 <hr/> | <p style="text-align: center;">発達の最近接領域 (2)</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 定点観測的な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の幅は異なるのだから、教育者はこの幅を見極めて課題を設定しなければならない、これが教育における発達の最近接領域である。 ▶ 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」を重視する(バンデューラの社会学習理論とも近い)。 ▶ そもそも既存のシステムにはない選択技を実行させるのであるから、その選択の場所まで経験を引っ張るよりない。単に模倣といっても、それが成立するには「呼吸行動」、「共同注意の共有」、「言語を通じた体験の感受」といった背景的な経験の作用が前提になり、そのうえで思考パターンや感情運動、動作実行にかかわる模倣の実行が可能になる。 <hr/> |
| <p style="text-align: center;">発達の最近接領域 (3)</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▶ セラピストと患者のカップリング。カップリングは、システム間の運動とはいえ、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でも、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、おのずと運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。 <hr/> | <p style="text-align: center;">発達の最近接領域 (4)</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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。 ▶ 大越先生とその患者は似てくる。あるいは、「今日はどうやって驚かしてくれるのか」を待ち望むようになる。精神科医には、統合失調症の経験に近い、精神科医と神経症圏の経験に近い精神科医がいることも関連する(精神科医のリウムケ)。経験の動く場所が異なる。 <hr/> |

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">治癒的介入の最近接領域—心理療法</p> <hr/> <p>▶ 「治癒的介入の最近接領域(Therapeutic Zone of Proximal Development/「ZPD」)とは、[APES連続体のセグメントであり、そこにおいてクライアントが治癒的補助とともに、ひとつのレベルから次のレベルへと前進できる領域](Soles, 2016)のこと。</p> <p>0 追い払われた状態／解離された状態 1 厄介な考え／積極的な回避 2 漠然とした気づき／到来 3 問題の陳述／明確化 4 理解／洞察 5 応用／徹底操作 6 処理能力の高さ／問題解決 7 統合／克服</p> <p style="text-align: center;">APES(Assimilation of Problematic Experiences Scale)</p> <p><small>Siles WB, Caro Galindo I, Robayo E (2016) Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. <i>Psychotherapy (Chic)</i>. 53(3):298-327.</small></p> <p>▶</p> | <p style="text-align: center;">最近接領域の自己適用 (最近接の最近接)</p> <hr/> <p>▶ 患者の心的状態のステージを特定し、そこを一つ一つ登っていくように進むことが正しい臨床の形だというモデル自身の問題。</p> <p>▶ 臨床の展開は線形には進まない。予想のつかないセットバックはいつでもありうる。セットバックを臨床エラーとして確定できるのか？</p> <p>▶ そのセットバックこそが、患者の最近接領域に触れた経験であることもしばしば起こる。有効なセットバックとは何か？</p> <p>▶ 最近接領域を設定すること(セラピスト)自体の最近接領域の問題。セッションがセラピスト独力でうまくいかないときには、自分の治療の最近接が問われている。</p> <p>▶</p> |
| <p style="text-align: center;">理学療法と技</p> <hr/> <p>▶ 技は、器人や器具における修行と熟達、創造性の発露、心理臨床や教育における自己の回復や成長に関わる実証的フィールドの隅々にまで浸透しているが、定量化や測定によって数値化してしまう固有世界でもある。</p> <p>▶ 守破離、わざ言語</p> <p>▶ 創作和太鼓の指導者である佐藤三昭氏「太鼓を打つのではなく、舞く」</p> <p>▶ 「私になくなるような感覚、打っている太鼓がメロディを弾き始めたような感覚に至るとき、世界が深まるのです。それが私の目指す音楽の方向性であることは間違いないのですが、段階的な積み重ねだけでは会得できないし、説明のつかない感覚という意味で、私も分からないのです」</p> <p><small>生田久美子・北村勝樹編『わざ言語—感覚の共有を通しての「学び」へ』 (慶應義塾大学出版会、2011)参照。</small></p> <p>▶</p> | <p style="text-align: center;">大越友博の臨床から見えるもの</p> <hr/> <p>▶</p> |
| <p style="text-align: center;">大越による代償パターンの概括</p> <hr/> <p>▶ 緊張を通じた量的代償</p> <p>▶ 筋単位の異常運動パターンによる質的代償</p> <p>▶ 四肢と体幹の共働不全(背筋群、腹筋群の腹圧と四肢運動)</p> <p>▶ 深層筋と表層筋の定形からの逸脱、深層筋による支えの不在</p> <p>▶ 表層筋、多関節筋の過活動</p> <p>▶ 運動実現マトリクスの混乱(単関節筋か、多関節筋か、動員過剰、動員過小)</p> <p>▶ 主動筋、拮抗筋の均衡不全</p> <p>▶</p> | <p style="text-align: center;">大越の臨床原則①</p> <hr/> <p>▶ 筋の痛みの大半は、皮膚損傷の箇所を除いて、疼痛が出現する部位およびその周囲の問題ではない。</p> <p>・痛みへの対応は、課題に向かうための準備</p> <p>・過剰稼働や調整能力の不在から起こる</p> <p>・過剰稼働させてしまう筋運動の負荷を分散させる</p> <p>・他のどの筋単位を活動させる必要があるのかを臨床的に見極め、そのことを患者と共有し、そこに意識を活用した本人の調整能力を作り出す</p> <p>例: 腎筋への共同注意と調整能の向上</p> <p>▶</p> |

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">大越の臨床原則②</p> <p>▶ ターゲットは直接触れられる筋自体ではなく、触れることのできない潜在的な筋の連動ネットワークの修正および拡張である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・容易に意識化でき、自動反応しやすい筋単位を協調させる単純動作対応が慢性化する。 ・例、ハムストリングスの巨大化といった不均衡現象 ・固定可動パターンが反復されると、索状硬結や筋硬結が出現し、当該箇所、周辺に疼痛が現れる。 ・作動する筋のネットワークの可動範囲を書き換える <p>▶</p> | <p style="text-align: center;">大越の臨床原則③</p> <p>▶ 痛みを避ける戦略動作が、本人によって調整可能な筋単位や動作を通じてのみで行われる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな痛みの出現 → 筋張りのサイン 痛ければ痛いほど本人の努力が報われているといった錯覚も生じる。 ・その行く末は、展開見込みがない、不自然な筋の過剰動員となり、外乱や環境状況の変化に即座に対応できるほどの柔軟性が欠落する。 ・本人の自助努力と、痛みの回避を通じて、別様な動作可能性や筋単位の選択性が減少する。 <p>▶</p> |
| <p style="text-align: center;">大越の臨床原則④</p> <p>▶ 見かけ上の健常動作に近づき、ADL向上が起こる。とはいえ、本人にはそれ以外の動作選択肢を感じ取れないまま特定パターンとして定着する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋単位の動員が過小で、粗雑な動作ネットワークがパターン化しても、そこに疼痛が現れないか、あるいは軽度であるかぎり、意識を通じた微調整をかけることで、疑似的な健常動作がこの段階で出現する。 ・ほとんどの観察者は、患者が回復したかのように錯覚し、本人もそれなりの回復の手ごたえを獲得する。 <p>▶</p> | <p style="text-align: center;">大越の臨床原則⑤</p> <p>▶ 健常者が行うひとつの基礎動作は、使用する筋単位を変え、筋単位にかかる負荷のバランスを変え、筋出力の強弱や順序を自在に変化させることができるほどの可変性をもっている(すり足も、カニ歩きも、後ずさりも、緩慢動作も)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・整形疾患後の動作獲得では、可変性や対応のバリエーションを潜在化させるという迂回路を取ることがないため、ガチガチで余白のない健常動作に安定する。 ・毎回のリハビリに応じて問題箇所が変わり、それを課題として持ち帰ったとしても、本人の努力で再度どん詰まりの代償パターンへと移行し、そこにまた新たな痛みや動作不全が出現する。 <p>▶</p> |
| <p style="text-align: center;">大越の臨床原則⑥</p> <p>▶ 臨床のパターンは、原則①と②の反復から⑤につなげることである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・共同注意 ・気づきの活用(患者の驚く経験を誘発) ・言語化、記憶化 ・リハ室外でのトレーニング法 <p>▶ おのずとはまり込むパターンが③→④である。このパターン化を何度も繰り返しながら①→②の反復作業。④は本来の回復とは言えない。</p> <p>▶</p> |  <p style="text-align: center;">終わりの始まり 生命の可能性に向けて</p> |