

認知運動療法フォーラム（福岡アドバンス特別号）

ロマンティック・サイエンスの世界、我々のニューロストーリー
〜見失われた身体の歌、あるいはルリアとサックス、そして我々の患者たち〜

池田耕治・沖田一彦・片岡保憲・小鶴 誠・本田慎一郎・森岡 周

ロマンティック・サイエンスの世界

小鶴

ロマンティック・サイエンスの世界ということで、詩の方で少し詩の表現といて通じて皆さんに少し訴えてみたんですけど、僕からは認知過程という形で少しざっくりばらんな形で色々な話をこのメンバーで進めていければいいかなという風に考えております。一人ずつにはなりますが、最初に色々な視点からの話を進んでいきながら、それに関して話を展開していくと、そういう形からお先に。

沖田

それではまず私のほうから、ルリアのロマンティック・サイエンスについて少し話をさせていただきます。ルリアのことは皆さんもご存知だと思います。イタリアのカルロ・ペルフェッティ教授が「マ

エストロ（師匠）」と呼んでいる方で、1977年に亡くなりましたが、神経心理学の基礎を築いた方です。ご存知の方も多いと思いますが、この方はヴィゴツキーのお弟子さんでした。ヴィゴツキーは認知運動療法が強く影響を受けた心理学者です。ルリアは、ヴィゴツキーの心理学の概念を、医学的な観点から神経心理学として展開させました。実は、ロマンティック・サイエンスという言葉は、ルリアが自分の自伝の中で使った言葉なんです。

彼は、非常に多くの分野で数多くの業績を挙げているのですが、それは大きく分けて4つの分野に分かれています。第1分野は、ヴィゴツキーに出会う前で、ユングやフロイトの影響を受けていた時期のものです。ストレスや情動の研究をしていました。次の第2分野では、中央アジアでのフィールド調査に基づき、心の社会的な発達についての研究をしています。これは、ヴィゴツキーと共同で行ったのですが、このあたりから、医学的な分野でヴィ

ゴツキーの心理学の理論を展開していきたいと考え、モスクワの医科大学に行き直しました。第3分野では、双生児を対象にして、知能と言語の関係について研究しました。そして、最後の第4分野は、これは皆さん、特に作業療法士の方はご存知だと思いますが、心的過程の解明、脳と心の関係など、神経心理学的な研究を行ったものです。ルリアの著書はほとんど日本語に翻訳されましたが、いまではほぼ絶版になっています。『神経心理学の基礎』という訳本だけがまだ残っています。ただ、この第4分野の神経心理学的な研究は、認知運動療法が重要な基礎としたところですので、ぜひ一度読んでみるべきだと思います。

ルリアが亡くなる前の年に発行された著書に、『人間の脳と心理過程』と『ルリア現代の心理学』があります。自分のそれまでの業績をまとめたものです。いずれも絶版になっているので図書館で借りるしかありませんが、非常に興味深い本です。特に後者は、章立てが知覚・注意・記憶・判断・言語となっています。まさに認知運動療法でいわれる認知過程の構成要素です。彼はこの著書で、これらの構成要素を章別に詳細に説明しています。実験研究だけではなく、記述研究をかなり入れて説明している。たとえば彼は、知覚の説明をこのようにしています。知覚とは他動的に情報を受けていることではなく、自分が能動的に情報を分析して、それを表象と比較する能動的な行為なのだ。今で言いますと、運動イメージとか思考との関係まで触れているんです。「知覚仮説」というのは、実はルリアの言葉なんです。

こういう深い洞察ができたのには訳があります。ルリアには、科学的な研究の進め方とは何かという問題で非常に悩んだ時期がありました。このことは、マイケル・コールというアメリカの

社会心理学者が、『心の作られ方』というルリアの自伝を英訳していて、その中に詳しく書かれています。ルリアによれば、科学には二通りの接近の仕方があるといいます。一つはクラシック・サイエンスⅡ古典的科学です。これは、要素還元的手法で実験や検査を行い、そこから得られた数値で判断するという考え方です。もう一つは、ロマンティック・サイエンスⅡ記述科学です。これは、症例をきちつと診て、それを詳細に記述して解釈していくという接近の仕方です。患者さんをきちんと診ることで真実をつかんでいこうという姿勢・態度です。ルリアは、これら二つの考え方の間で非常に悩みました。ルリアがヴィゴツキーにひかれたのは、ヴィゴツキーが、古典的な科学と記述的な科学との対立が深まりはじめた1930年代に、この対立の危機を解決することを重要視していたからでした。

ルリアはもちろん記述研究だけをしていたわけではありません。先ほど紹介した2冊の本を読んでもらえば分かりますが、さまざまな実験研究もやって数値データも取っています。しかし、彼が思いきって記述だけで行った研究が二つ残されています。いずれも絶版になっていますが、一つは『偉大な記憶力の物語』です。当時ものすごく記憶力のいい人、というより病的に記憶力のいい男性がロシアにいました。ルリアは、その偉大な記憶力について、十年以上の経過観察を通して、1冊の本にまとめました。たった一人の対象者の記憶力について徹底的に記述したんです。この人は、数字を何百桁も暗記できるのですが、それを暗記するときに、数字を視覚情報、例えば街を歩く女の人とか、ビルとか街路樹など、そういうものに置き換えて記憶していたことを明らかにしています。今の言葉でいえば「共感覚」の持ち主という



すると、このことはどういふことなのかを、以下のように述べています。「観察の目的とは、重要な関係性のネットワークを確認することなのである。それを適切に行なうてはじめて、対象の多様な質の豊かさを保持するといふ記述科学の視点を見失うことなく、事実の説明といふ古典科学の目的をも達成できるのだ」と。

この後に、オリバー・サック

ことになるのですが。ルリアはとうの昔に報告しているんです。もう一つは『失われた世界』です。これは、第二次大戦で頭に弾丸を受けて脳挫傷を負った患者についての記述研究です。患者は救急病院からリハビリテーションセンターに移されます。ルリアはそこで何十年もこの患者さんと付き合いました。この本は非常に面白い構成をしています。患者さんがまず第1章で手記を書く、次に第2章でそれに対してルリアが医学的な解釈を加えるといった具合です。それが、交代々に書かれているという非常に面白い構成になっていますので、ぜひや図書館で借りられて、「ここまでやるか!」というものを感じてもらいたいと思います。

ルリアは実際に患者の診療をしていました。図は、先ほどの頭に弾丸を受けた脳挫傷の患者さんの訓練をしているところです。注意しなければならぬのは、一症例の記述的な研究というのは、単なる症例報告とは違うということです。ルリアは、症例を研究

小鶴

スの話が出と思いますが、実はオリバー・サックスも自分が怪我をしたときの経験を、1冊の本に記述しています。彼は、そのときに何度もルリアに手紙で相談をしています。オリバー・サックスもこの脳挫傷の患者さんも、ルリアが非常に温かな医師だったと述べています。皆さんも、今回紹介したルリアの著書が手に入ったら、ぜひ読まれてください。以上です。

本田

はい。ルリアの神経心理学の基礎は、実は福岡の久留米大学の図書館のほうには置いてあります。僕はそれを全部コピーした覚えがあります。えっと。それでは、オリバー・サックスの話で本田さんのほうからお願いします。

よろしくお願いします。本田です。今から私のほうでは、内容を深く話することよりは、彼の「左足をとりもどすまで」という著書の内容を映像で仕上げたものがありますので、それをご覧いただきたいと思います。

これは、彼が経験した体験を著書から引用したものです。またバックミュージックは彼自身の足が動き始める時に彼の頭の中で聴こえて来たとされる「メンデルスゾーンのヴァイオリン協奏曲 小短調 作品64」です。(彼はノルウェーへ山登りにでかけます。そこで不運にも転落事故を起こします。そう大腿四頭筋損傷。その転落直後立とうとしましたが、全く力が入らなかった。その時の自分の左足を)「まるでスパゲティのようだ」と述べています。そして(手術後の左足については、筋肉のような感じがしなかった。まるで)「ゼリーかチーズのようだ」と述べています。(理学療法初日では、さあ足を上げて、大腿四頭筋を緊張させて!やり方は、おわかりでしょう。と担当理学療法士に言われましたが)「私にはやり方がそのものがわからなかった。思い浮

かばなかった。右足はいとも簡単に出来るというのに」と述べています。(動かない状態に対して)「神経系のある部分の活動が一時的に停止してしまった」「まるで死んでしまったようだ」と述べています。「何が起きたにしろ、それは末梢の局所的・表面的な問題ではない」「起こるべき、沈黙、忘却・・・」「足に呼び掛けることも、動かし方も思い出せない」「極めて根本的で重要な問題だ」「恐ろしいことに、記憶・思考・意志の障害だ」「それは単なる筋肉の機能障害ではなく、私自身の存在そのものに関わる障害である」と述べています。(入院してベッドに寝ていると看護師から左足がベッドから落ちていますよと言われたが、冗談はよしてくださいといつて、自分の足をみようと彼は体を起こします。)「左足がない。あると思い込んでいたことと、実際に眼にしていることが全然ちがう」とその時の驚きを述べています。また「見てみても動いている感じがしない」「指に触れているのは、もはや物質とは思えず、触れば触るほど存在感は薄れ無になる」「左足はこの世に存在する場を失った」と述べています。(抜糸のためギブスカットをする。手術12日目のことです)「視覚的にはそこにあつたが、生きている感じがしない」「ぞつとするほど現実感がない」「生命のない模造品のようなだ」と述べています。「繋がりを断たれたのは、筋肉と神経の問題ではない。心と体が本来持っている調和も断たれている」と述べています。(再度理学療法、事故以来18日目、二人がかかりで立たされ、さあ一歩踏み出してみたら!と声をかけられます。しかし)「歩き方がわからない」「どうやって足を出していいか全くわからない」と述べています。「どれくらいが程よい歩幅なのか」「程よい方向なのか判断するために、私は外的な目印にすっかり頼っていた」と述

小鶴

べています。そして、「ひどく出来の悪い不安定なロボットが義足をしているようだ」と述べています。「私自身の経験は「特別なもの」どころか、典型的なものであることがハッキリした」「多くの患者たちは、私と同じように、奥深い実存に関わる経験を切り抜けていた」以上が主な彼の経験の記述内容です。

これらの記述を解釈するときの鍵は、私が思うに、3つの要素から観ることが出来ます。一つ目に情報器官としての身体の損傷(生物学的構造の損傷)、二つ目に情報器官としての身体の損傷による認知過程の異常、三つ目に機能の変質という観点から見ていくことです。そうすると彼の記述が、どのような経験を反映しているかが解釈できると思います。

片岡

オリバー・サックスの「左足をとりもどすまで」というようなところの中から、サックスが実際に記述した部分を引き出してきてもらったわけですけども、これは実はサックス自身の話ですので、医学的な知識があつた状態での記述です。それでは次に、片岡さんのほうに、実際にそういうような知識がなくても、臨床家として、こんな記述が拾えるよというような話を少しお願いします。

愛宕病院の片岡です。よろしくお願いします。臨床では、患者さんからたくさんさんの記述を収集することが出来ます。そして、その発言に驚かされることがあります。今回は半側空間無視患者さんで、その患者さんがとてもリアルに左の身体と右の身体の違いを表現されていたので、表を見ながら簡単に説明させていただきたいと思います。

この患者さんはすごくインテリジェンスの高い患者さんで、表現力がとても豊かです。たとえば、左身体に関して「重たい」あるいは「付属品がいっぱい付いている」、右の身体が信州のそば

表 左半側空間無視を呈した70歳代女性の内省

右身体	左身体
「やればできる感じがする。走れそうな感じがする。重さが軽い。」	「無駄な感じ。徒労に終わる感じがする。うどの大木、形はあるけど役立たずだから惨い。重たい金魚みたい。重い雲がかさなっている感じ。」
「正統派。親分。独立していて自分で何でも可能。天皇。皇族。」	「子分。誰かに助けてもらわないと何もできない。皇后。民間。」
「親しい。かわいい。自分が思った様に動いてくれる。親近感がある。」	「徒勞。虚しい感じ。努力しても報われない」
「動きの幅が広い。強い風がふいても自分の思うように動かす事ができる。」	「動きの幅が小さい。台風に向かって歩き始める感じでもどかしい。」
「軽い感じ。枯れ木の様な軽さ。生き生きしている。」	「重い。切ったばかりの若木の様な重さ。若さが無い感じ。」
「子供。親しみやすい。間隔が短く感じる。存在感を受け入れている。」	「他人。間隔が長く感じる。存在感が無い」
「右はかろやか。秋空みたいにすかっとしている。邪魔するものが無い。」	「重い感じ。うっとうしい。曇り空。重くどんよりとしている。」
「遠慮なく動いている。軽い。生きていく感じ。動と静。」	「ためらいがちに動いている。静はあっても動はない。」
「動きが大きい。落ち着いている。動きが保たれている。生き生きしている。」	「動きが小さい。駄目。やる気がない感じ。生き生きしていない。」
「より軽い感じがする。爽やかな気分になる。枯れ木の様に軽い。」	「左は、重い金魚みたいな感じがする」
「ウサギが跳ぶ感じ。邪魔するものが何もない。」	「無愛想。躊躇している。とまどっている。自分の動きが分かりにくい。」
「自分と一身になっている感じ。信州の蕎麦。美味しく感じる。」	「邪魔物。付属品がいっぱい付いていて、すっきりしていない。」
「弾むマリの感じ。自分の仲間だと思える感じがする。」	「自分の考えが無いみたい。5月の空。今にも泣き出しそうな感じ。寂しい。」
「手・指たちが働いている感じがすごくする。マリを載ることができる。」	「自分の気持ちと離れている感じ。普通の蕎麦。美味しくない。」
「軽い風船。指導的な立場。」	「元気が無い。寂しい感じがする。動きにバネがない。弾力がない。」
「判断力がある。自分の気持ちに動きが付いてきてくれる。生きていく感じ。」	「弾まないボール。本当の仲間だという感じがしない。」
「自分がおもった所にさっとい。ストレートに動いてくれている。」	「遅れている。あせっている感じ。」
「右は、生々しく感じる。自分の心に酔け込んでくる感じがする。」	「他人。海に浮くことができない金魚。」
「軽い木履。頑張りうとしているから偉い。」	「自分の心にひたつたりと振わない。外で買ってきた物。」
「自分のものだけに存在感を感じる。晴々しい。天気がいいと感じやすい。」	「宿命だと思えばがんばれる。羽虫。諦め。」
「自主性がある。自分が意図したことができる能力がある。」	「秋の終わりたい。妻っぱが枯れるように比みこんでいく。」
「動きが鋭い。意図した事ができる。」	「自分の心と隔たりがある。遠い存在。」
「春の心。どっちを向いても夢がある感じ。」	「使い物にならない。温かみがない重さ。自分のものだから不思議。」
「ウキウキ。ワクワクする感じがある。」	「雨に濡れたかみゆい。しょんぼりして泣きそうになっている。」
「自分で持ち上げる事ができる軽さ。さらさらの水のような感じ。滑らかい。」	「ギスギスして動きが硬い。右とは能力が全然違う。」
「命令を聞いてくれる。自分に対して優しい。」	「躍動感が全く感じられない。思考していない。」
「心が入っている。意図した運動ができる。」	「ねばっこい粘土が付いているみたい。」
「ゴムボールみたいに躍動感がある。」	「絶対命令をきかぬ。自分自身を拒絶するような重さ。」
「魚を釣り上げた瞬間に重さを感ぜない時と同じくらい軽い。」	「運動に対して無関心。やっても仕方ないという感。」
「希望に満ち溢れている。」	「自分の心に抵抗する。希望という言葉がはんでしまう重さ。」

この記述自体を解釈しようと試みるのは、非常に難しいことだと個人的には考えております。それでもこの患者さんの記述をよく

見たみると、片麻痺の不認をする患者さんにすごく記述が類似していることが分かります。神経内科医の浅香先生は、片麻痺の病態失認というものを、片麻痺の不認知・無関心・麻痺側に対する幻覚・麻痺側に対する妄想の4つに分けております。不認知・無関心に関してはわかると思いますが、麻痺側に対する幻覚では、左手がなくなってしまうとかです。どこかに行ってしまったとか、木がくっついていて、肉の塊がくっついていて、あるいはもう1本手がある、足があるといったような変形感や位置変化感、切断感、運動幻覚などを訴えると言われています。紹介した患者さんのコメントも、幻覚、あるいは、妄想・錯話文と捉えることが出来ます。幻覚というのは実際に存在していない感覚を、体験してしまう症状を指します。錯話文というのは、そういった欠如してしまったものを、認知できる情報を基に埋め合わせて、文脈を取り違えて話を作り上げてしまうようなものです。こういったことを踏まえて、もう一度患者さんの記述を見てみますと、自己とか環境からの情報の利用が、部分的に困難になり、それを補う形で、認識を作り上げていると解釈することが出来ます。

小鶴

こういった記述が聴取された際には、「すごい。こんな面白い記述するんだね」ということで、話を終わらせるのではなくて、本来ならここから二人称的な介入を進めていく必要が有ります。言葉の分析という視点から、そういった介入を進めるうえで重要なのは、その時ある知覚・感情への適応と記憶への働きとの相互作用の結果として、患者さんの言葉が生まれているということ。重要視する必要があると考えております。以上です。

はい。それではですね。実際にご自身でも最近ではロマンティック・サイエンスの重要性を言われていますし、実際にそんな時に

森岡

頭の中ではどのようなことが行われているのかということに関して、森岡さんのほうから話していただけたらと思います。

最初は、あるバレリーナの話からしたいと思います。そのバレリーナはあるコーチに「床を感じなさい」という指導を受け「つま先立ち」を行う。それまでは力で立つということに意識が向けられていたのですが、床を感じるというのは、外部の情報に注意を向けるという方に自己修正を図ったんです。情報としての意識、自分と外部の環境が関係性を構築しているように意識を向けさせようとコーチングしたんだと思います。一方、その時に、そのコーチは「ふくらはぎの筋肉を内側に移動させなさい」ということも言っています。これは自分の身体内部に注意を向けさせようとしたメタファーですけども、そういった形で自分の身体に対する意識を向け、内部世界に意識を向けることの重要性を説いたものなんです。もちろん、実際には腓腹筋なんかは移動するはずがありませんが、それによって非常にアライメントが良好かつフランスの良い姿勢をとれるようになった実話です。これは外の世界と内の世界が揺らぎ無く統合されることをコーチしたもので、その後そのバレリーナは・・・娘なんです・・・「わかった。お父さん。」と私に言ってきました。「お父さんの言うとおりに、筋力じゃないんだ！」というふうには「そうだ。その通りだ。」と僕はそこで歓喜したわけなんですけども、「だけどお父さんの普段言っていることはいつも全くわかんない」で終わったんですけどね（笑）。そこはやっぱりバレエの先生と彼女の二人称の関係が重要で、僕は外からバレエをただ観察しているだけで、彼女とそのコーチは内からそれを構築しようとしたものであって・・・まあこのような話です。オチになっていないですね・・・さあそ

のことについて気を取り直して今から脳科学の話をしていきたいと思います。全然受けないですね（笑）。

それでは、まず大前提です。脳は身体のイメージを構築している。これは、脳は身体が無ければ生きていけないということです。機械・エンジンと違う点は、車のエンジンは人間でいうと脳みたいなものですが、実際にここが新しく可塑性をもって組織化することはありません。人間の赤ちゃんは、手足を持って、そこに受容表面があるからこそ、脳の中が作り変えられていきます。三人称的な行為である目に見える運動と、目に見えない感覚というもの、これが大きく機械と違うところですね。だから、外ばかり見ても良くないし、内ばかり見ても良くない。それがどのように脳の中で表現されているかということについて理解しようとしなければいけない。胎児から身体は作られ胎動を開始し、その時には既に脳と身体は繋がっています。一次運動野・一次感覚野・一次視覚野とよばれる一次野は胎内ですでに完成されます。しかしお腹の中では、外界と相互作用することはありません。その相互作用、内の世界と外の世界の一致性を構築するのが大脳の連合野です。これは、生後6ヶ月から徐々に発達を始めるところで、外の環境と内の自分の身体というものを統合しながら発達していくわけです。さて、次に自分の意識、一人称の脳と三人称の脳ということ、右脳と左脳の研究成果を情報提供します。なかでも右と左の頭頂葉の機能を見ます。右のほうは自己の動きを他者が模倣するのを観察する時に強く働きます。自分と他人と区別しているところと考えられています。自己と非自己を区別する場所です。何から区別するかというと、それは「運動感覚」から区別し

ます。人の運動を見ているときには自分の運動感覚は起こりません。それに基づいて、自分が運動していないことを理解できます。一方、左脳はミラーニューロンに代表されるように、他人の動きを自己が内的にも模倣し共鳴するときに強く働きます。このように大脳の連合野は、身体の左右に基づいたものでなく、このような側性化を持っています。さらに運動感覚研究をまとめてみると興味深い結果が示されています。左は自己と外界とを連合する外受容的機能を優先的に保有しており、たとえば先程のバレリーナの話では、外の情報である床と相互作用し、それを識別するといった機能です。一方、右というのは、先程も言ったふくらはぎの筋肉と内側に寄せてみなさい！というような内受容的な情報処理の機能を担っていると考えられています。非常に右脳と左脳というものが、内と外の世界というもので機能分化されている。ただし、我々の身体は脳の中では一つとして表現されているわけですから、それがどこかで統合されているというわけです。

ここで非常に大事な点は、皆さんが忘れているところは、内側に向かった知覚というものが存在していることです。だから外の世界と内の世界というものが普段、脳のなかで統合されているからこそ、身体意識が一体化されているわけなんです。それに不整合が生じたときに、様々な患者さんからの不思議な言語記述が生み出されてくるわけです。そこで右半球がどのような機能を持っているのか。右半球の頭頂葉では感覚が同期化します。たとえば見ているものと感じているものが同期化する現象です。視覚と体性感覚情報処理がオーバーラップする領域でもあります。前頭葉もそのような機能特性を持っています。例えば、認知運動療法ではスティックという道具を利用しますが、その高さという物理

的な外部情報に注意を向けると左半球の前頭前野が働きますが、一方、その時に自分自身の指が伸張される内受容的な感覚に注意を向けると、右の前頭前野が活性化します。すなわち意識を外に向ける、中に向けるということによって、右と左の機能が分けられるというものです。ただそういったものが、右と左で僕らは区別されているわけではなくて、どこかで統合されて一つの脳のなかの身体になっているわけです。一方、私たちが運動を指令するときには、必ずそのコピー情報が出現します。私たちは感覚フィードバックが無くて自分が運動していることは認識していません。これは運動を開始する前に遠心性コピー情報が出現しているからです。最近の研究では感覚抑制に対してこの遠心性コピーに伴う予測機構が関与していることがわかっており、伸張反射のシナプス前抑制に大きく影響していることが判明しています。予測が不要な感覚と必要な感覚を選別し、不要な感覚フィードバックを抑制するという神経機構です。運動の主体感遠心性コピー情報に基づくものですが、そのコピー情報と統合され比較照合されるのが、先ほどの視覚と体性感覚の同期した情報です。例えば、皆さん自身が自分の手を見たときに、それが自分の手だと認識できるのは視覚と体性感覚が同期しているから、自分の手であるということがわかるんですね。例えば、その同期が時間的に 300 ms / sec 以上ずれるとそうは感じない。これらの時間的空間的同期化が自分の身体をつくり出していると考えられています。最後になりますけれども、それらがいつたどこで統合されているかと考えたときに、この身体保持感、つまり視覚と体性感覚フィードバックが統合される場所はブロードマンの5野とか7野とかいった領域ですけども、これは非常に右脳に優位に統合さ

れる一人称的な感覚です。私が持ち得ている感覚ですから。一方、外界を見ている世界は三人称の世界ですから、自分の手が前に出ているって言うのは自分自身を外から観察するような視点です。だから、自分の手を見て感じているというのは三人称世界と一人称世界が統合されるわけです。ただし、先ほど言った予測と結果が照合されるようなところは本当に右脳なのかと考えたときに、予測って言うのは運動イメージで顕在化できませんが、例えば、外に向けた運動イメージ、外界、先ほど言った床の情報のイメージということになれば、それは左脳優位になります。そのとき生じる自分自身の体の感覚のイメージを引き出してみると、それは右脳優位なると考えられます。それらの予測と自分の今の身体や存在と違うものが結果、頭頂葉の下部で統合されることによって、私の身体であるという認識が生み出されていると考えられます。

非常に難しい概念であるんですけども、「私」というものがどのようにしてつくられているかという、一人称的な身体感覚と三人称的な左脳優位の外に向けた志向性とを統合する潜在的な意識も含めた脳内現象が起こることによって自分自身が認識されるというもので、これに不整合が生じることによって、一人称的な患者さんからの解離性の言語が生み出されるわけで、我々はなぜあのような言語が生み出されないかと言うとそれらが常に統合され全く一致しているからだと考えられます。これらが崩れてしまっているのが患者さんの世界、脳の世界と言うことになります。以上です。

小鶴 はい。今のお話でも自己と他者、それから自分の内部って言うようなところにも踏み込んだ話でしたけれども、患者さんはそう言

う様な不整合な世界でありつつも、今現在を既に生きておられます。僕たちも今をずっと生きていくわけである。そう言う様な形でのこと、今を生きているそのもの、認知を生きると言う様な言いかたをしておりますが、そう言う事に関して池田さんの方から少しお願いしたいと思えます。

池田

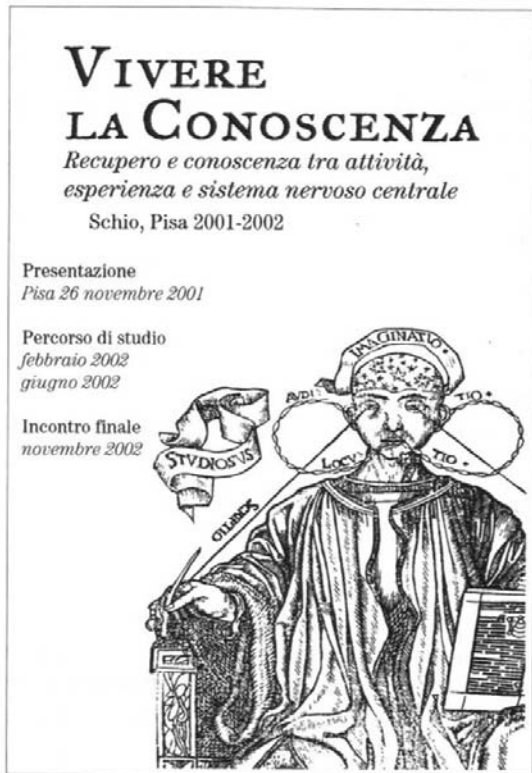
こんにちは。熊本の池田です。宜しくお願ひします。僕の認知を生きるって言うところは、既に皆さん方も2002年から日本でも展開している。こういう主に動かない手があるって言うところを皆さん感じたときにどういうことが頭に浮かんでくるかなって言うところをまず聞いかけたと思います。治したいというふうに思う。そのことが一番大事なことじゃないかなと考えています。患者さんは自らどういうことを思うのかどんなことを叫びたいのかと言うことです。2004年高知で『身体の声を聞け』というタイトルで学術大会を開催しました。その時に皆さんにこのタイトルへの思いがどうやって伝わったかなという思いを少しだけまた補足する意味でこのテキストを書いてみました。

70ページ(編集者註:以下ページ数の表記は2009年11月21日から23日開催の日本認知運動療法研究会アドバンスコース講義資料を参照のこと)のところにロバート・マーフィーと日本の多田先生の文章を載せました。彼らは学者です。学者で自らの身体について詳細に記述してくれている。その人たちの悲痛な叫びというものが、僕らに伝わってくるという文章を読んだときに、僕らセラピストが何をしなくちゃいけないのかと言うところを一回皆さんと考えたいと思えます。多田先生の最後のところに「新しいものよ早く目覚めよ。今は弱々しく鈍重だが、彼は無限の可能性を秘めて私の中に胎動しているように感じた。私には彼

が縛れたまま沈黙している巨人のように思われた。」この文章はたぶん片麻痺の患者さんになった人が皆さん持っていることだと思うし、セラピストとしてはそれを解き放ってあげると言うふうなことを考えたいと思っています。たぶん、睨み付けられた感じで僕らは「いつもお前らは何をしてくれるんだ」と問いかけられているような気がします。サントルソには認知神経リハビリテーションセンターがあります。もちろんペルフェッティ先生が創設してくれたセンターです。ここに僕は2002年に7ヶ月通いました。マスターコースに行ったことがある人は既にご存知のところだと思えますが、ここで素晴らしい訓練が展開されています。2000年に向こうでは『認知の樹』プロジェクトが始まりました。そのことは71ページに書いていますので、また後ほど読んでもらいたいと思います。ペルフェッティ先生が患者さんを治療したいと考えたのが40年程前になります。「なぜこの手は動かないのかないのか?」、「動かすことができないのか」と言うことに始まった先生の考え方を今僕たちは脈々と受け継いでいるということになります。そこには階段があります。一步一步踏み始めながら2002年に僕はここに通ったわけですが、今まさに僕たちはこの「認知を生きる」プロジェクトの真っ只中において、この階段をのぼっているかのようです。向こうでも、イタリアでもまだまだ研究を続けています。で、僕たちもそれに追いつこうとして階段を昇っている途中じゃないかなって考えています。なかなかきついなところなんです、そういうところを皆さんと一緒に考えていけたらと思っています。

71ページの真ん中のところにバレラの言葉で「認知は生きた経験により創発される」書きました。この仮説を検証しているのが

認知を生きるプロジェクトです。「認知を生きる」と言う事は認知過程を生きているということ。先ほどから出ている言葉ですが、皆さんもご存知の、患者さんも僕らも認知過程を生きているって言うことに他ならない。この仮説を検証することが認知を生きるプロジェクトです。患者の意識経験、言語や思考や運動機能回復にどのように貢献するかが研究されています。以下の3つの研究指針を示しています。これは覚えておいてください。認知するために患者は何をするか、認知することで患者は何を感じるか、認知することによって中枢神経系はどのように変化するのか、森岡さんがしっかり話してくれました、こういう脳神経科学のところもしっかり含めた上で、またバレラの神経現象の話を変えながら、認知科学というところにこういう僕らのやっている認知神経リハビリテーションは付んでいると考えています。もう少し下がって71ページの下から7行目ぐらい。2002年にピエローニ先生(彼はペルフェッティ先生の片腕)が来日された時に、第3回の学術大会を京都で開催しました。その時彼がしゃべった文句がありますからちよつと読みます。リハビリテーションに対する私たちのビジョンを変えてゆく道は、実践を通じた「知」の創造者として私たち自身を認識してゆく道にほかならない。その道に通じる扉を開くのかそれとも閉じるのか、それは私たちの選択にかかっている。今まさにここに集っていらつしやる皆さんたちはその夢の扉の前に佇んでいる。ペルフェッティ先生は40年前にそのドアをノックしました。いま少しずつ開こうとしています。患者さんたちの未来に向かつてこの認知神経リハビリテーションと言うものがどのように貢献できるのかは皆さんにかかっていると思っています。



図を見て下さい。これは2000年、向こうで始まったときのポスターになります。患者さんどのように語り合っていくのか、患者と語るのか或いは意識経験をどのようにさせていくのか、ということ、コメントとしては立ち上がっています。72ページのところ1行書いてあるところ、患者は「認知」を生きているというのを覚えておいてください。これはもうベーシックコースなんかでも度々言葉として出ていますが、認知過程を生きていると言うことになりす。その次の1行、認知神経リハビリテーションは、患者が身体を介して世界に意味を与えるためにある。意味を与えるために僕は伴んでいると言うことになりす。そのことを益々ここで強く思っていたと思います。最後のところを少し読ませていただきます。「理論と治療はロマンティックで科学的なものだ。自らはなぜ治療者になったのか?という問い掛けに、セラピストは「覚悟」をもって言葉を発し、行動しな

ればならない。認知神経リハビリテーションを掲げるセラピストは、患者を治療(運動機能回復)するという前提に立つ。これは現在認知神経リハビリテーションに与えられた責務だと僕は考えています。たぶん皆さんも同じだと思っっています。患者に思考させるのであれば、セラピスト自らも思考しなければならぬ。セラピストは患者と共に生き、日々意識経験をしている。私たちがセラピストもまた認知を生きているのである。今、夢の扉が開かれようとしている。ペルフェッティ先生と少しだけ話す機会があった時に先生の目がキラキラ輝く子供のような眼で患者さんを治療したいと言った時のことが今ふっと思い出されました。僕の言葉がペルフェッティ先生の言葉に代わって皆さんの元へ届けばと思っっています。患者と共に生き、それは認知を生きていくと言うことをしっかり考えて日々の臨床に当たっていただければと思っます。どうも有り難う御座いました。

小鶴

はい。ここまでで一応、イントロダクションと言いますかとりあえず皆さんが与えられたテーマのところなんですけれども認知過程ということですね。少しコーヒーとかを飲みながら進めていきたいと思っますがお願いします。どうでしょう皆さん5分程度ずつでしたけれども、それでもちよつとしゃべり足りないよというところがあれば、まずそこらへんから入っなければと思っます。すけれども、沖田さんからも少しお話しただければと思っます。

沖田

先ほどロマンティック・サイエンスというのはルリアの言葉だと言いました、記述とはもちろん、患者さんのいろいろなことを言葉で書いて表していくことです。ただこれは、数値データを取ったらいけないということではないんですよ。ここまでに紹介さ

れたニューロストーリーの作品に登場した患者さんたちが、自分はどう感じているか、どう考えたかを話していく。これを科学的に分析して治療に結び付けていくとなると、とてもじゃないけど今までの科学観による型にはまった分析の仕方と型にはまった思考では無理だということです。ただ、勘違いしてはいけないのは、では単に記述していったら科学的なのかというと、そうではないということです。それは今日3人のイタリアで研修したセラピスト、宮本さん、高橋さん、鶴埜さんが話をしましたけれども、どうやって患者さんのことを観察し、それを治療に展開しているのか。その思考の循環が本当の科学ではないか。そのことを理解する必要がありますんじゃないかと、僕は今までもずっと考えてきたんですが、森岡さんいかがですか？

森岡

ええとですねえ、もちろんデータって言うのはなぜ取るかって言うと、普遍性を導き出すために取っているわけであって、そりやあまあ、最終的には要素還元的なところである細胞とか、ある分子とか、今では素粒子なんてのもありますけど、そういったところまで向き合わないと普遍性が生み出されない。例えば、よく学会とかで症例を増やしてまた検討をし直すって言うのは、あれはそもそも間違いなんです。一例であつたとしても普遍性があるもの自体が科学であつて、それ自体を10例も20例も症例を増やして統計処理して将来P値が0.05以下になつたから発表しようと言うことでは、それ自体は本来あるべき現象ではないので、この当たりの科学観をまず我々の中で考えなおす必要があります。そう考えた時にしたらそのデータ自体の信頼性というものも、そもそも存在するのかという問題が発生します。そうすると一例の中で起こる現象というものを記述していくって言う方が、よっぽど

科学的であろうと言うこと、そしてモノとの見方や観察の仕方データは大きく変わると言うこと、これ自体を認識した上で科学をとらえる必要があります。僕の先ほどの話は非常にそれがサイエンスって言う話をしましたが、例えば右脳と左脳のことについてもそれ相当のデータあるわけです。あつたとしてもそうじゃない現象にぶち当たった時、したらどのように問題解決しているかと言う視点を持ち続けるということが、真の科学的態度であると思います。例えば、患者さんの「***」という現象や言葉というのは何から生み出されているかって言うようなことを考え、理解しようとする時にサイエンスを導入していくように。例えばそしたら右脳が一人称の脳で左脳が三人称の脳で、その間で起こっている現象は何だろうかとか、言うようなことを思考し続けていくというようなことが、我々の経験を変えていく訳なんです。そういったところがルリアから多く学ぶところがあります。だからこれは単なる物語り医療・ナラティブ・ベースド・メディアシン(NBM)ではないんです。話し聞いて共感してどうのこうのって言うって、認知行動療法では全く無いわけなんで、これ自体が科学なんです。だからその現象を我々が知恵と知識を持って分析するということが科学なんで、そのものを忘れてはならない。だから皆さん内部観察だけで何か終わってしまったている感があるんで、あれをそのものの現象に置き換えていくタイプが必要になると言うことです。

我々のニューロストーリー

小鶴

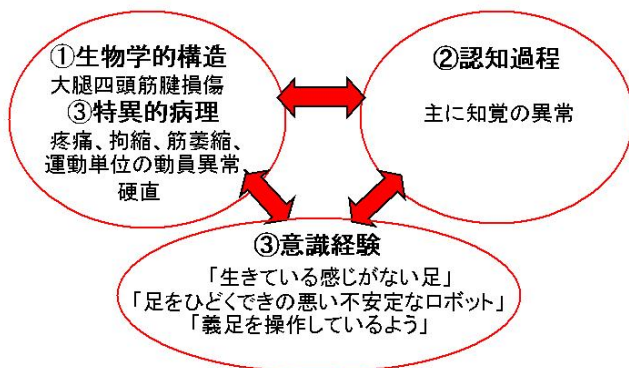
さてそれでは、患者さんの記述と言うようなものにある程度着目

した上で、例えばこんな記述からこんなこと考えてこんな訓練構築したと言う様な、少し臨床の方の話を片岡さんからお願ひします。

片岡 はい。治療場面、観察場面で患者さんが言った言葉に対する分析は非常に大切です。大切だと分かっていますが、たとえば、知覚能力向上させようと思ひ、座位で膝の位置覚の課題であるとか、運動覚の課題であるとか、触覚の課題を行う時に、患者さんから重たい感じがする、違和感があるなどと言う訴えなど聞かれると、それを実際解釈する際には非常に苦戦しています。でもその言葉から、患者さんが今何に注意を向けているのか、或いは何を知覚しようとしているのか、何を考えているのかということはずごく分かります。例えば足の裏に板を何枚か置いて、板の高さを当ててもらおうというような課題をした時に、患者さんによっては「板に注意している」と言うような患者さんもあります。こちらとしては、その板の高さの違いは身体の変化としてどう捉えることができるかを教えたいわけですから、当然、こういった記述を手掛かりに、物体に注意を向けるわけではなく、身体に注意を向けていくような治療の進め方をしていきます。もう一つ例を挙げると、患者さんは、動作のシミュレーションをどんな風にしてるんだろうという視点から、患者さんによく聞くことがあります。ある程度身体の詳細化ができ、身体を認識できるようになった時期に、行為シミュレーションモデルを参考に、実際の動作の中で、患者さんが自分にどう指示を出しているのか、何に注意を向けてその動作をしようとしているのかを確認したりします。そういった確認の際にも、言語の重要性を実感しています。

本田 補足的になるかもしれないんですけど、僕の資料61ページのところ

でも、サックスの一つの解釈としての重要なブレイクモアの知見を載せています。つまり、自分の行為を自分自身がしていると感じることや、自分の身体を自分自身のものだとう当たり前に思っていることは、実は時間的な空間的な一致と言うのが非常に大事だということです。このことは、彼だけではなく僕が臨床で感じている中でも基本的には全ての患者さんに当てはまる問題だと言うふうに考えています。同様にアノキンの行為受容器と言う観点から考えても、ある予測された情報と行為結果とを比較照合していくというものも同様だと思っております。もう一つ付け加えておきたいのが資料の図3のオリバー・サックスの場合と言うところで三つの要素の関係図を示しています。整形疾患、中枢性疾患を問わず、何らかの生物学的構造の損傷があると、認知過程の異常が基本的には核にあつて、それによって機能の変質が生じる。また特異的な病理が出ている身体の経験を意識化されたものが、患者の記述であると思ひます。ですから、このような観点をもつて病態を解釈し、治療することが非常に重要だと思ひます。更にいうと彼の



オリバー・サックスの場合

(Carlo perfetti 編集、認知運動療法と道具—差異を生み出す差異をつくる、協同医書、2006より一部改変)

記述が何も特別というわけでは決してありません。整形疾患の話で少し例を出しますと、私が担当した橈骨遠位端骨折の患者さんも、自分の骨折したほうの手関節の背屈が途中で制限され動かなくなる感じを「蝶番が逆さまになったような感じ」で、自分の手を「まるで他人の手ようだ」と記述しました。同様の記述は患者に聴くと珍しくないことがわかります。

この様な記述は、それぞれの患者さんの認知過程の異常によって、どのような機能を変質しているかを考えていくことで、記述として現れたものが何を意味するかがわかってくると思います。整形疾患であれば、主に認知過程の知覚を中核とした問題が多いかもしれませんが、その部分を含めて病態を解釈し仮説を立てて訓練で検証していくという作業は非常に重要だと言うふう日々感じています。とりあえず僕が今言いたかったことはそれです。

小鶴
 すごく早口で言いたかったことが通り過ぎていきましたけど。実際どうですか。たまたまですけどこっちは3人臨床家で、一応学校の先生をされている方が3人、やっぱり臨床で僕もそんなんですけど「あつ」て患者さんが「あつ」て声出して、の時の場面で、その瞬間患者さんが分かったような瞬間があつて、それに気がつく自分も「あつ」て思う時があつたりして、本当はちよつと患者さんが気付く前に自分の方が先に閃いているんですけど、あつこれはこう言う事じゃないかと思つて訓練を当てはめて来るわけですね。そういうような場面が1日1回訪れるとすごく何か幸せな気分になったりして、そう言う様な事を含めていきますと、分かつた瞬間と言うようなのはさっきの例で行きますと、上手く統合されたようなそう言う差が無くなつたような自分の身体がある

ようなところかとも思います。上手くここが臨床の部分と勿論研究される先生方のその部分でいい架け橋が出来て行かなくちゃいけないわけなんですけど、架け橋とかこんな話をするともうオチかと言うことにもなつていくんですが。池田さんどうですかねえ、臨床の経験がとりあえず1番にイタリア行かれたわけなんですけども向こうの患者さん「あつ」とか言うんですかね？

池田
 あつ……つて言いますよ。でも僕がすごく感じるの、一言づつ言えるようになった時の患者さんの自分の驚きの表情と喜びの表情がすごく混在している。そのところをセラピストが「すごく良く出来たね」つて、褒める。これは言葉でなくて運動もそうですけど、そのとこの褒めていくつて言うところが凄く上手くやれているなつて言うふうには感じました。だから今僕が週に1回だけ臨床に出掛けていますけど、患者さんはあまり触りません。セラピストには触っていますけど。それは言葉で触っています。だから凄く僕が前に行くのをそのセラピストたちは嫌がります。ああ良く出来たんだつて褒めてあげるんですけど、どうして出来たんだろうね？なぜ？そういう答えを求めています。その点で凄く言葉つて言う物の大事なところを感じているつて言うのはあります。今ので答えになりましたか？

沖田
 先ほど森岡さんも言われていたように、記述研究はNBMではありません。患者さんが一人称で話しているのを単に聞いたつて、そこから何も産まれないですよ。そのことをこちらが解釈できるぐらいの基礎的な力をもっているかどうかということが非常に重要です。僕は、「自分はこんなことも分からないのか」と情けなく思つたことが何度もあります。例えば、失語を伴う失行症のある患者さんがいました。その患者さんの肘関節を屈曲して、

「いま、どこがどう動きましたか？」と質問したんですね。患者さんはそのとき、「肘が縮んだ」と言うのです。僕は、たぶん失語症があるから、これは「曲がった」という言葉が出ないんだろうと思ったんです。ところが、ずっとやり取りをしていたら、ふと分かったんです。肘が屈曲すると、手と肩の距離が短くなりますよね。彼は、この距離が「縮んだ」と言っていたんです。言い換えれば、視覚イメージでしか自分の肘が曲がったことを捉えることができていなかったんですね。では、そのことをどう解釈して、どのように運動イメージを使えばいいのか。そのことを考えていかなないと訓練を計画したり変更したりできないですよ。要するに、一人称記述を引き出せば良いと言うことではなくて、引き出した記述の内容がいったいどんな意味を持っているのかということ科学的にどう解釈していけるかが問題だと思っんです。それは言語学の知識があるのかもしれないし、脳科学の知識があるのかもしれないし、神経心理学の知識があるのかもしれない。

先ほど池田さんからロバート・マーフィーの本の紹介がありました。僕もこの本は、医療者であれば絶対一度は読んでおくべきもののひとつだと思っています。この本に書いてあることは、「麻痺が進行することで、自己がどう変容していったか」ということです。訪問リハビリテーションで自宅に来院理学療法士が登場する興味深い場面が出てきます。その理学療法士は自分に動作の指示をいろいろするんだけど、マーフィーは、この人たちは身体とかがどういふものか、麻痺になるといふことはどういふことか分かってないと暗に言いたいわけです。分かっているもそこで共感し優しい言葉を掛けるだけじゃNBMと何も変わ

らないんです。

せっかく認知的な治療訓練という視点を身につけたわけですから、それを自分たちでどう解釈しどう判断し、観察と治療とを分離せずに、螺旋型に関係させながら、自分の思考を回していくことが凄く大事じゃないかと言うふうに僕は思います。

片岡

先ほどの肘が縮んでくる症例について、ちょっとお聞きしたい事があるんですけど、閉眼で縮んでくるといふ視覚的な表象が浮かぶということは、肘が曲がっているといふ体性感覚情報をきちんとキャッチしてそれを自分の中で映像に変換している、出来ているというふうに判断していいのでしょうか。それとも運動イメージとかそういういった体性感覚的な情報に注意が向いていないからですね、そちらの方にも注意を向けていかなければいけないというようにことを求めていくべきなのかと言うことは沖田さんはどういうふうにお考えですか？

沖田

そこは、その患者さんにもっと深く立ち入って、言葉かあるいは問題を出す次のレスポンスを観察して解釈していかなくちゃいけないですよ。例えば、言葉がちゃんと出るのであれば、視覚映像で出てきたそのままに、普通は「曲がる」って言いますよ。それがなぜ「縮む」って言うのだろう。これに関する仮説を立てそれを立証するために、次はどういう働きかけをしていかななくちゃいけないのかというふうに考えなきゃいけないですよ。全てそうだと思うんです。イタリアの人たちはこれが抜群に上手いですよ。臨床で働いていても、科学者だというゆえんです

森岡

肘が縮むということが一つ言われていたわけですけど。先ほどの二つの仮説は、神経科学で立証されています。一つは、セルフオーナーシップという表現で、自己身体感覚です。これは視覚と体

性感覚が同期して、脳の中に再現されています。だから、先ほど皆さん、自分の手が自分の手であるということを認識できるかというところ、これは視覚情報と体性感覚情報に整合性が保たれているわけですよ。見なくても自分自身が自分の手であると認識できるのかというと、体性感覚と脳の中にある視覚イメージの整合性が保たれているからです。これは、赤ちゃんの時に習得するものです。赤ちゃんはじつと手を見て動かしたりします。この時、赤ちゃんは言葉もちえていないわけであって、環境と相互作用していくときに、身体から得られたものを優先的に脳の中に表象を作っていく、非常に右半球に優位に発達していくと考えられます。

一方、先ほどの予測、どのように動くかというものと、結果の照合というものは、自分は知覚仮説と書いていますが、こういうものは記憶も必要になってきますよね。そうすると、どのように動くか、どのように接触するのか、外のほうに注意を向けなければいけないし、肩であったらどのような軌道を描くのかと、これ内に向けた受容であったり、そして、それ自体がイメージであったり、その予期情報と結果入ってくるものに整合性が取れないといけない、視覚・体性感覚情報と予測情報とが整合性が保たれているから、今自分が運動し感じていると情報処理でき、そして動いているのは自分自身であると認識することができる。これは、セルフエージェンシーと書いて、運動主体感覚と表現します。これ自体は、我々は外を言語で認識するわけであって、左脳ももちろん使ったりして、運動のシミュレーションとしては多様性を生み出していくわけであって、非常にそういったものが、片岡さんの話したものを読み解くとやっていること自体はサイエンスベースのリハビリテーションの展開であると思います。ただ、それ

沖田

が我々の知識としてもっていたいですが、相手に対する説得力を持つていくわけです。だが、そこで止まってしまわない、そこから外れるものはないのか？という決め付けでなく批判的吟味を繰り返すことがロマンティック・サイエンスであると思います。

ルリアのことを補足しますと、ルリアは60歳を過ぎてから医師免許を取って患者さんの治療を行っていました。そのことで彼が何をされたのかを理解しておく必要があるように思います。ヴィゴツキーやルリアは「歴史文化学派」と呼ばれています。この場合の「歴史文化」とは、広い意味での社会を表しています。人を含んだ社会、それが人間の脳の心的過程をどう変えるか、どのような影響を与えるか、それが知りたかったんです。彼らはそのことを「内化」と呼びました。今という生態学の考え方に近いと思います。環境との相互作用が脳をどう変化させていくかということ、神経学と心理学をコラボさせることで説明しなかった。医師免許を取って脳に損傷を負った患者さんを診ることで、当時は「欠損学」と呼んでいましたが、こういう症状が出るのは、内化の仕組みがこういうふうになっているからにはかならないからだ、逆の方向から説明したかったのです。PETもMRIもない時代に。

そう考えると、僕たちに残されている課題はもつと難しい。それを治そうとするわけですから。それが注射一発で治ればぜんぜん問題ないのですが、脳損傷の後遺症というのはそう簡単には治らない。患者さんを診ている行為から、人間の脳はどうなっているのだろうということ、これを理解したうえで、かつ戦略を立てなければいけないというものがすごく重たい課題を抱えているんです。そこを忘れてはいけません。「ロマンティック・サイエンス」という

言葉の響きのよさに騙されてはいけなと思います。

池田 今回ルリアのことを沖田さんが話しましたが、今まさに、ロシアのことをもう少し考えていくべきかな。それは、ペルフェツティ先生はずいぶん前から気づかれています、アノキーンしかり、ヴィゴツキーしかりですけど、文学の世界の罪と罰、これは、先生の言われた社会というものを、見る事が出来ていて、それが文章になつていて。心の状態とか、罪を犯した心の認識とか、そこから救われてくる。その最高位がこちらのやっていると、取り繕う患者さんを出していかなければいけないと、だからもちろん森岡さんが神経科学のところを、臨床と研究の間をつなげていただいているのですけど、その中にもっと違う視点をこの認知神経リハビリテーションの視点で捉えられるかなと考えています。ルリアの本を読んだら分かるのですが、使っている言葉が哲学的で表現が難解です。PETとかMRIのない時代だから、そうやって言葉で説明するしかなかった。それが見事というか、表現が抜群に上手い。「そうとしか言えないだろう」という表現を使っているのですよね。ロマンティック・サイエンスというだけに美しいです。言葉できちんと理解し説明できるためには、僕たち自身が言葉に強くなってはいけません。人間は、言葉でしか思考することができないので、文学や哲学や言語学に強くなかったら話にならない。よく理学療法士や作業療法士の基礎は何なのかというのと、すぐに「運動学」などと言われますが、あんなものは知っていて当たり前です。こんな話をするとう業界では嫌われますけどね(笑)。

森岡 いろんなものに話がいつてしまいました。例えば、小鶴さんが言ったように腑に落ちたではないのですけど、気づいたっていい

のは、まさに現象で、現在進行形で動いているわけですよ。それ自体を我々がデータとして持ちえています。何かを増やすわけではなくて、それ自体が本質的な私自身のデータなわけですよ。それをどうとらえるか。つまり、外から見ただけではそれに対して気づいてなかったのが、例えば子供の視点で立って見て、子供のまなざしから、こちらのほうを見る世界で、どのように感じているだろうか、視点を変えてみるだけで、その現象を読み解くことが出来たりするわけで。通常のセラピストは、いつも外から見ていて、一人称といながらいろいろな言語を分析しているけど、結果的にはこちらから一方向に見ている言語であって、対象者のほうから、こっちの世界をどのように見ているのかというのを常に意識する必要があります。

沖田 例えば今日で言えば、オープンングにピアノとか音楽とか映像とかの提供がありました。かっこつけてやっているわけではないのです。つまり、向こうの視点に立って見る、どのような見え方がするのだろうか、どのように感じられているのだろうか、作っている人の気持ちは、そしてどのような準備プロセスをたどってきたのだろうか、そして見ている皆さんから見ると、そのものを制作する際、どのようなシミュレーションを使い、そしてどのように私なら演出できるのであるかと、常に観察者の視点を考えて行なっているわけであって、そういったところを持ちえているか、持ちえていないかによって、また記述を引き出せるか、引き出せないかが出てくるわけであって、ロマンティック・サイエンスとは、狭義のデータや記述をとるというものではないのです。

小鶴 例えば色々な視点を持ちえるという点においては、少し訓練の話

にもう一度戻してみたいのですけど。例えばステイックの話をし
ますと、ステイックの高さがどの高さか、何番の高さか、という
ような場合においては先ほどの森岡さんの話で言えば、外部に向
いている情報の処理の仕方であろうと、それが、指先と中指指節
間関節との関係という、自分の体の関係に置き換えれば、自己の
内部の右脳で処理するような情報の処理であろうと案外おきか
えられる。単純すぎるかもしれませんが、例えばそのようなこと
も考えられる。ということとは、僕たちが色々な視点を、文学から
何から持つていないことには、おそらく患者さんに聞くことすら
出来ない可能性がある。こちら側が、色々な視点を持ち得ている
からこそ、次の質問が出るわけです。だからこそ、その場面ごと
に色々な意味をかぶせていくことが出来るわけではないのかと
感じているのです。しかし、かぶせるのは、難しいですよ。つ
まり、そのとき僕たちは、一つの視点を深く行き過ぎるところも
あったりします。どうですかね、本田さんとか、訓練で上手い
かなかったときにぱつと切り替えるような、自分の思考を切り替
えたりとか、患者さんの視点をそらしたりするような、工夫とか
を少し聞かせてください。

本田
話がかみ合わなかったらごめんなさい。臨床ではほんとに上手く
いかないときありますね。でも粘って「ふつと」、自分の疾
患に対する思いこみや固定観念のようなことから離れることが
できるとスパッと場面が変わることがあります。片岡さんがたま
たま今日半側空間無視というような患者さんのことを話されて
いたので、僕も半側空間無視の担当患者のことを思い出していま
した。これは方法論になると思いますが、半側空間無視の患者さ
んは、左側の空間に注意が向きにくいですね。左側から呼んでも

なかなか向かないですね。でも、ある時たまたま僕が左側から呼
ぶと、反射的に「ぼつ」と左を向いたわけです。患者さんの多く
が一瞬的な視覚的、あるいは聴覚的刺激によって反射レベルに
近い反応として左を向くことがあるのは皆さんご承知のとうり
です。ここで僕が強調したいのは、1つは半側空間無視患者の視
覚はあてにならないから全てネガティブで訓練には利用できな
い、ということではないということです。これは僕の中での思い
こみがポジティブな因子として捉えられなくしてしまいました。しか
しですね、共同注意といつていいか分からないですけど、僕が患
者さんに色々な方法で左側に注意を向けたいと試行錯誤する中
で、「いいですか〇〇さん、僕はあなたと同じものを一緒に見た
いのですよ。今からそれを一緒に見たいけど見てくれますか。」
これは当然前提条件として両者の関係性が出来ている必要性が
ありますが、とにかくそういう中で左側のほうにチラッと視線を
移すわけですよ。そうすると、患者さんも僕と同じ方向に見る
ということが反射レベルではなく、確実に対象を注視する時間が
長くなったり、その対象物を見て、何であるかを言語化できたり
することが可能であった訳です。この一緒にあるものを見るとい
うことが、きっかけとなりそこから何が生まれたかというのと、
「僕が何を見ているか分かりますか」と患者さんの左側身体の肩
のほうに目を移す。そうすると患者さんは、「・・・肩ですか。」
と意識しにくかった肩に注意が向けられるようになり始め、少し
づつですが確実に自己身体に注意が向き始めることができ始め
ました。更にこの経験から、左肩の随意性がわずかに出現し始め
ているという現在継続中の患者を思い出していました。

これが答えになっているか。わかりませんが、言いたかったこ

とは、思うようにいかない場面、行き詰ったときは、自分の固定観念、決めつけから一旦離れてみることで、そうするとまた何か見えてくるかもということですよ。

池田 少し聞きたいんですけど、その時には問いかける前には、無言の時間があるのよね。

本田 あります。

池田 その部分がすごく大事だなと思っています。

本田 例えはどういうところですか？

池田 例えば、その患者さんがどのように動くのかという問題は、問いかけたらそこに向かって患者さんの思考が止まるので、それも出来ないと判断が出来る。そのところを僕はウェイティングといっている、どれだけ患者さんの反応を待てるか、こここのところの絶妙なタイミングがイタリアのセラピストが上手いなと感じてます。言葉を発しない、あるいは発するときという部分を先生はよく診られていると思うのですが、その部分がすごく大事なかと考えていて、そのタイミングというものが大事で、次の考え、次の考えとつなげていけるのかなと思う。

小鶴 そうですね。例えば、少し経験でいうと、一つの訓練を取り出したときに、それがあっているかな、あっていないかなという場面を、常に自分自身に問いかけている瞬間において、もう少しやってみようというほのかな予感みたいなものがあるときには、上手くいっているなと感じます。こういう「待ち時間」は大事です。しかし、やっぱりかみ合っていないと思うときは、スッパリ止める勇気も相当いるわけです。

片岡 僕はもうちょっと頭が固いほうで、なんの根拠もなく待てないというか、全然僕と患者さんの視点がずれていたら当然修正をかけ

ようとするし、ただずれているのを感じながらこっちに向いてくるのをじっと待つというのを僕はあまりしません。

森岡

それは共鳴というか、リズムもあるし、それが揺らいでしまうとおそらく違う結果になる。今日は情動の話はしませんでした、情動が先に生まれたり、そして自律神経を賦活したり、それによっているんな事象が生み出される。だから、フィードバックというなら抽象的過ぎるのですが、そういう何か共鳴するものが現象に影響することがわかっています。その現象自体がサイエンスです。先ほどの本田さんが行なっていたこともサイエンスです。僕はそれを脳科学的に、例えばおそらく側頭葉のSTS野が活動したのではないかと狭い範囲で考える自分自身もいます。いわゆる狭義の科学的態度の自分自身です。一方、彼自身が行なっているのは最先端のサイエンスではありませんが、最前線のサイエンスであると思いつながら聞いている私自身もいる。

また、小鶴さんがステイクの話をしました、ああいうのも一つの視点なのです。内に向けるか外に向けるかということ。ただそのときに他の感覚がどうなっているかであろうかと、他との関係性がどうなっているのかで、その思考の操作で治療・訓練を多様化させることもできますし、セラピストが言語で注意を操作することによって、いったん他の感覚を抑制することもできます。こうした感覚抑制が伸張反射の制御に関わることを知っていたら、セラピストの言語や患者の注意の操作ということが、実は狭義のサイエンスデータと整合性が保たれているのです。しかし、本来の狭義のサイエンス、つまりデータによるエビデンスの構築は、大抵後付けなのです。だから、我々の行なっていることは科学の最前線あることは間違いありません。優れたブレ-

クスルーになるような現象は現場で発見が生まれます。しかし僕らは自分自身の臨床に自信が持てないから、後付けで脳科学データを利用して、単につじつまを合わせているわけであって、そのあたりが皆さんもつじつまあわせに過ぎないっていうことを感じてもらえると、やっつけていること自体、もう少し自分に自信を持つことができるのではないのでしょうか。

沖田

先ほどルリアが治療訓練をしている場面を図で示しましたが、この人は大変だったと思います。だって、何も参考にするものがないから自分ですら。自分で一から観察して解釈して、治療訓練を行なわなければならなかったわけです。右側に写っていた患者さんには、失書がありました。文字が書けなくて、どうやったら書けるのかを相当考察して、訓練を試して上手くいった。僕たちはゼロから行なうわけではないですよ。本日の参加者はベージックコースを受けている方たちだから分かっていると思いますが、僕たちにはすでに、ある観察の視点と解釈の仕方の方向性、あるいは仮説を立てるために必要な基礎知識、予測の立て方、実際の訓練介入の例が示されています。ルリアよりもずいぶん楽ですよ、僕たちは。

小鶴

ルリアよりもずいぶん楽という話ですけど、いずれにしても人間は難しいわけで、難しいことを簡単に直そうと思うものの、簡単には直らず複雑な手続きがかなり必要になってくる。そのような意味でも、一つのツールとしての技術でもありますし、色々な視点を常に保ちながらということになっていくかと思えます。最後に池田さんから一言ずつお願いします。

池田

多分並んでいる中で僕が一番異色の発言をして混乱させたと思いません。すいません。今朝、テレビの中でアボリジニが出てきて、

歴史と科学者と言っていました。歴史と科学がすごく重たい。歴史というものだけでなく、多分自分たちが生きていたことに対して真摯に、本当に真実のことを求めるところがあつて、その中に本当の科学というものがあるのだなと理解しました。患者さんのことで大変なことがある、どこにたたずむかというところを皆ももつと考えてやっつけていければなと考えました。ありがとうございました。

片岡

カール・ポパーは「科学は問題から始まる」と言っています。ペルフエツティ先生もまた、「リハビリテーションは問題から始まる」と言っています。その言葉を僕は非常に大事にしていて、麻痺の患者さんの腕が曲がっていれば、何で腕が曲がっているかと考えるようにしています。また、患者さんと問題を共有して、一緒にそこを治療するためには何をすればいいのかということを考えて行きたいと思っています。皆さんも一緒にがんばりましょう。

本田

最後までかみ合わないかもしれませんが、どうしても言いたいことは臨床をやっている、僕は何度か三つの要素の関係性の話を出しましたけど、そこがやはり重要だと思っています。皆さんも認知運動療法を行なうためには、外せないところだと思います。ですから患者さんの記述が変わっただけで喜んではいけなくて、必ずそこには患者さんの特異的病理というものが制御されているということを観察しながら、関連付けて常に観ていく必要性です。整形であろうと中枢であろうと進行性疾患であろうと、基本的には何らの疾患によつて認知過程の異常が生じ、その結果異常な病理の反映として記述を解釈していくことですね。

森岡

皆さん楽しかったですか。楽しくないと始まらないですけど、三

つだけいっておきますけど、僕ら研究者は論文を書くことが仕事なんですよ。論文を書かないとクビになってしまうから・・・だけど、書くためにはある程度統制して行なっていくのです。僕らは実験室では、僕らの知識を総動員して統制をかけて、やるときにいいデータが出たりするわけで、あのようなきれいなデータが出てくるまでのプロセスが文章に置き換えられないのですよ。論文に。しかし、皆さんはそれを見ていないので、ただ結果だけを見てそうなのかと思ってしまうのですが、僕らのプロセスとは本来皆さんの行なっている臨床のプロセスなのです。だから結果は結果にしかすぎないのです。文献に書かれていることがこうだとか色々言われるのでしょうか。それをすべて自分の目で確かめなければ分からないのです。例えば、パーキンソン病には注意をさせると、動作のフリーズを起こして注意をより換気する訓練をしてはだめですよといわれたりするのですが、それが大きな問題なんですよ。僕らは注意しても歩けるのに、患者さんはなぜ注意をすると歩けないのかという・・・そこがサイエンスとして一つのヒントになりうるものではないのか。ただ単に、簡単なほうに流されてはいけない。すなわち、行為が分解されてしまうと結果的にはフリーズを起こしてしまう。そこに大きな問題が隠されているのではないだろうか、というような態度を持たないとなかなか科学観は生まれません。これが臨床であって、いわゆる論文では表現できないわけで、それ自体は仮説であるので、それを検証していくのが現場の臨床、これは私では実験です。臨床こそ研究である。最後ですけど人間に対する好奇心を失ってはならない。たゆまなく好奇心、なぜこのように動くのか、なぜ我々はこのように言語を使うのかというようなことを常に洞察するということが一

沖田

番患者さんを良くする手法とする一つの精神を生み出すのではないのかと思います。繰り返しになりますけど、ある事象が目の前に起こったときにそれをどう見ることができるのか。このことが卒然教育でも、こういった卒業教育でも非常に重要になると思います。コースの目的は、今まで皆さん何度も聞かされてきていると思うのですが、そのための新しい視点を手に入れ、そのことで臨床で思考の仕方が変わってくるということですよ。

先日、臨床実習を終えた学生の症例検討で、転倒により骨折を繰り返す高齢の患者さんが出されていました。今回は大腿骨頸部骨折を起こしたということでしたが、議論はその治療プログラムをどうするのかというところに終始していました。そこで、なぜこの患者さんは何度も転倒し骨折しているのか、患者さんに問診をしたのかというところ、学生は「カルテに書いてありました」と言います。確かに、いつどこで転んだのかはカルテに記載してあるでしょう。しかし、どういう状況で転倒したのか、詳しいことは本人や家族に聞かないと分からない。例えば、夕暮れ時に買い物籠をもって帰ってきて、電灯を紐で引っ張る状況って多いですよ。それを探していたら転倒したとすれば、それはどうしてかと聞くと、学生は「荷物が重たかったからではないでしょうか」と。正直言って、「臨床実習にまで行ってこの程度の解釈しかできないのか」と、少しがっかりしました。こういう話をすると、周りからは「厳しすぎる」と言われます。しかし、これは厳しい話でもなんでもなくて、そういったことを考えられる視点をどこまで身につけることができるかが問題だと思います。

小鶴 色々な話が出てまいりまして、今回のロマンティック・サイエンスは終了したいと思えます。やっぱり僕たちは患者さんをどうかして治したいというのが根底に流れている。これは臨床にいても、学校で教育に携わっていても、患者さんが治る、治したいということに全く違いがないと思っています。ですから、皆さんの勉強が進んでいけばいいでしょうし、僕たちもさらに勉強し続けていく必要があると思えます。このような形で話を閉めさせてもらいます。どうもありがとうございました

(2009年11月21日 ガスホールにて)

参加者紹介 (五十音順)

池田耕治 (いけだ こうじ)

宮崎県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会理事。熊本リハビリテーション学院卒。高知大学医学研究科修士課程修了。熊本機能病院、高知医療学院勤務を経て、現在、熊本リハビリテーション学院教育学部理学療法学科に勤務。

沖田一彦 (おきた かずひこ)

愛媛県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会理事・副会長。高知医療学院理学療法学科卒。山口大学大学院博士課程修了 (医学博士)。国立療養所福岡東病院、新松田会愛宕病院での臨床を経て母校の専任講師に。現在、県立広島大学保健福祉学部に勤務。

片岡保憲 (かたおか やすのり)

高知県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会正会員。高知医療学院卒。近森リハビリテーション病院、近森病院を経て、現在、愛宕病院リハビリテーション科に勤務。

小鶴 誠 (こづる まこと)

福岡県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会理事。長崎リハビリテーション学院卒。原病院、八女リハビリ病院勤務を経て、現在、医療法人社団医王会 朝倉健生病院リハビリテーション科に勤務。

本田慎一郎 (ほんだ しんいちろう)

北海道出身。作業療法士。日本認知運動療法研究会理事。日本福祉リハビリテーション学院卒。水口病院、甲西リハビリ病院、摂南総合病院を経て、現在、ヴォーリス記念病院に勤務。

森岡 周 (もりおか しゅう)

高知県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会理事・評議員長。高知医療学院卒。高知医科大学大学院博士課程修了 (医学博士)。近森リハビリテーション病院、高知医療学院勤務を経て、現在、畿央大学健康科学部に勤務。