

## 第6回認知運動療法フォーラム Enactment Emergence Embodiment

鼎談者 安藤 努・小鶴 誠・園田義顕

### 身体の意味性

園田 はじめる前に「フォーラム」の位置づけについて少し説明を加えておきたいと思います。これは研究会の中で新しく始まったプロジェクトのひとつで、通常はベーシックコースやアドバンスコース、マスターコース、アカデミアコースという段階的なコース設定をしていて、その内容は基本的に講義と実技になっています。つまり、非常に臨床に直結した形で可能な限り系統立てて知識や技術を共有しようとするものです。自分達は患者さんを見て、様々な臨床的意思決定あるいは判断なんかをしていくわけですが、普段は医学的知識や様々なリハビリテーション理論を通してそのような判断をしています。認知理論や臨床の方法などを通して患者さんを見ていくために系統立てて話す必要が出てくるのでコースが設定してあるわけです。しかし、ひとの身体についてあるいは運動についてそもそもそれらは何なのかということ、つまり理論を支える背景となっているような身体論や科学哲学あるいは神経学的知見の解釈などはコースではなかなか語ることができないわけです。そうすると、どういうところで話しているかということ、例えば飲みの席で話したりとか、ちょっとコーヒーでも飲みながら話をしたりとか、臨床であればちょっと昼飯を食べながら話をしたりとか、訓練の方法がどうかい

との内容だけではなく、「どうしてこういうふう  
に言葉が話せるのか?」とか、「どうして触った  
時にこんな感じがするんだろうか?」などという  
ことを、哲学的な要素まで含んで話をするような  
時間は、今までコース以外の時間にあつたわけ  
です。つまりそのような話はあまり表に出ることが  
ない。そこで、こういう「フォーラム」という形  
をとって、あたかもカフェにいるようなとか、ち  
よっと飲みの場にいるような、そういうフランク  
な雰囲気です。日常会話をしている。日常会話をし



安藤 努 (あんど う つとむ)

#### プロフィール

高知県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会会員。高知医療学院理学療法学科卒。高知医療学院理学療法学科勤務を経て、現在、医療法人文佑会原病院リハビリテーション科勤務。

いるんだけど、その内容は常に、身体のことであつたり、患者のことであつたり、リハビリテーションのことであつたり、そういう自分たちの仕事としているものに、関わりのある内容、あるいはその背景を日常会話的に話していくというのが、フォーラムの位置づけになっているんです。ですので、聴いている側の先生方も力を抜いて、自分達もそういう雰囲気の中にいるようにして、講義を聞くようなスタイルじゃなく、「それについてはこうじゃないの?」と、それぞれが自分の考えを巡らせながら、一緒にこの場を作れたらいいかなと思います。

安藤 ということで、フランクにいきましょう。場所は福岡ですけど、あたかもサンジェルマンかモンマルトル近くのカフェでたまたま店に居合わせて・・・という設定で参りましょう。先程も少し話がありましたが、話を聞くとか、何かの知識として持って帰るということじゃなくて、ちょっと一緒に考えるというか、思考するということでやらせていただきます。全く打ち合わせも何もしていないので、話がどこにどう向かうのか分かりません。でも、実はそういう狙いもあります。このフォーラムは「Enactment Emergence Embodiment」と非常に大変なタイトルを付けたんですけど、話が終わった時に少なからず「う〜ん」と腑に落ちるものがあったと思えるような話が出来ればと思います。それでは、皆さんも一緒に参加して下さい。

小鶴 あ、打ち合わせしたんですよ。最初は立って話し始めようって。いきなり座ったけど。打ち合わせと言っても、本当に内容についての打ち合わせはせずに、決まったことが椅子はラウンドで並べようということだけで、内容についてはこれが日常会話であるのであれば、事前に準備をするというのは、むしろおかしいだろ、みたいな話になって結局、椅子を円形にするのを決めただけ。

園田 一応、「Enactment Emergence Embodiment」というテーマは結構、悩んで付けているんですけど、これの意味であるとか、そういうのは話をしていく中で出てくればと思います。それでは話を展開していきましょう。まず、自分たちが患者さんをみているというときに、医療者としてみているし、例えば、理学療法士としてみる、作業療法士としてみる、言語聴覚士としてみる、音楽療法士としてみる・・・というように、何か自分の職業あるいはその知識を通してみてる。そのときに、医者でも看護師でも、みんな何を考えているかという、「良くしたい」と考えているわけですね。「患者さんを良くしたい、患者さんを回復させたい、今よりも良い状態にしたい」これは何々療法とかっていうのは、全く無関係にみんな共通して、セラピストと名乗っている以上、医師と名乗っている以上、みんな良くしたいと考えているのは基本的に間違いない。そしたら、みんな良くしようと考えているんだから、何々療法だろうがいいじ



小鶴 誠 (こづる まこと)

### プロフィール

福岡県嘉穂郡(現飯塚市)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。

## 認知運動療法フォーラム

やないか、という話になってきますよね。みんな良くしたいわけだから。だけど、リハビリテーションの文脈で言えば、いろんな治療手技っていうのも、もちろんそうやって考え出されたものではあるし、行なわれているものでもあるし、その意味で否定する必要はないものではあるんだけど、その「良い」の指標みたいなものが、基本的には量的な側面になっていると思うんですね。少し角度が良くなった、少し筋力が上がった、少し歩くのが速くなった、とかってというような量的な側面っていうのが変わったっていうのを、良くなっているパラメータにして、いろんなパスが出来たりというのが、医学の現状として背景にあると思うんです。その意味で良くしようとしている医療者全般の考えは「良いんだ」ということになってしま

小鶴 そうですね。でも人が良くなったり、回復したり、変化をしたり、それは何を良くするのか、何を回復させるのか、何をもちって良しとするのか、というような、そういう人間に対する見方の部分、これが量的側面だけでいいのだろうか？ もしくはむしろ、真逆のことが本質的に向かわないといけないうところなんじゃないか？ という疑問が出てくる。その意味では、そもそも人間の見方みたいなものが違えば、良くなるというもののパラメータというのも違うはずなんですね。その身体に対する視座と言うか、見方、その方法論と言う意味の見方じゃなくて、どういうふうに体というものをみれば、体と言うか、「私」というのもそうなんですけど、患者さんに対する治療というものが変わっていくのか。あるいは患者さんが本質的な意味で良くなるというのはどういうことを言えばいいのか、といったことを考えないといけないうと思う。

安藤 「Enactment Emergence Embodiment」これらは丁度、韻を踏んでいて、Eが並んでいます。

「Emergence」を外して、「Enactment」「Embodiment」のEn-、Em-というのは、「何々の中に、中に含まれる、中に含む、入れる」という意味で「Enactment」の-mentは名詞の形にする節、真ん中が、結局、動詞になっている。「act」「body」という言葉はもう最初から身体性を帯びた言葉ですね。そこで「身体」という言葉は非常にいろんな意味を含むのですが、「身体」ということを考える時に、とても漠然とした質問ですが、どんなイメージを持ちますか？

小鶴 「私の」が接頭語に付く。僕の身体ですね。自分の体があるので、いろんな対象に向かっていくことができる。その基準になっていくようなもの、私の・・・というような場合は、ちょっと精神的な意味も含むかもしれませんが、単純に体だけはありません。ただの肉の塊ですだからね。

安藤 その肉の塊に何が付与されたら、真の身体になるという考えですか？ それはそこに精神が乗っかれば、ということですか？



園田 義顕 (そのだ よしあき)

プロフィール

宮崎県出身。理学療法士。日本認知運動療法研究会監事。高知医療学院卒。医療法人文祐会原病院リハビリテーション科勤務を経て、現在、高知医療学院理学療法学科に勤務。

小鶴 それは、そうなるなあ・・・。

安藤 単なる肉の塊だという身体は、そこにはそのいわゆるそれは精神をとっぱらった肉の塊だということですか？

小鶴 そうですね。

園田 昔、デカルト（註1）が心身二元論とあって、身体と心というのがいったん別にあるんだと言って、現在では基本的に否定されて、心身は一元論、要は心と体というのは同じである、というような考えがでてきてる。けれど、直感的に考えると物理的なその肉体というもの、神経細胞とかそういった物化できるもの、もしくは、目に見えるものというのは、身体として指し示すことが出来るけど、心であるとか感情であるとかっていうものは、物質として指し示すことが出来ないから、直感的にはいったん二元論をどうしてもとってしまう。ヴァレラ（註2）はさらに二元的でも一元的でもない、つまり、物理的身体観だけでなく生きられる身体観。言い換えれば、「外側」と「内側」を合わせ持つ、生物学的であると同時に現象学的な身体観に回帰すべきだと言ってる。むしろその心であるとか、感情ってものが、身体を背景に、もしくは身体を持っているからこそ、同時発生するような考え方をしないといけないということになりますね。唯我論でも表象論でもなくその緊張関係を保ち続けているような、あるいはその循環のプロセスであるような。でも患者さんを見てみると、心と体が乖離してるんじゃないか？というような現象って結構ありますよね。

小鶴 症状というか、例えば、一般的に言われるのが、phantom limb（幻肢）（註3）ってありますよね。これは、物質としての身体は、誰からみたって、足がないとか手がないという状態であるにも関わらず、本人はそれがあのように感じている。これも三人称的身体と一人称のずれが生じている場面であるし、他にも余剰幻肢なんかも身体の図

式と言われるような、自分が自分の身体はこうであるはずであるという無意識のスキーマみたいなものが変容してしまう、というか、三人称とずれてくる。これがそのまま症状として出てきて、日常生活にも支障を来すということとはよくあるわけですね。片麻痺患者でも目に見える身体と精神の乖離もしくははずれというのは起こっている可能性が高いですよ。

園田 人の体というときに、いわゆる一人称的身体というのと三人称的身体というのは、おおよそ、一致しているときは、動きであるとか、行動であるとか、行為であるとかっていうのが、そんなにおかしくないわけですよ。ただ、運動障害もしくは精神障害と呼ばれるような場合というのは、そこに何か不一致があるように思えるわけです。

小鶴 そのときの一人称と三人称というのは、いわゆる、それがあんまりずれがないのが、normal ということか、普通に生活しているという、健常人とかそういう意味に当てはめていいんでしょうか？

園田 三人称的自分というのと、一人称的自分というのは、ある程度、操作可能で、例えば、笑顔で相手とやり取りをしている時に、一人称的というか、非常に主体感覚としては、ものすごく不快であるにも関わらず、外から見たら快であるような表情を作ったりすることができる。

小鶴 うん、できますね。

園田 だからそういうふうな、三人称と一人称をわざとずらすことは、操作として出来ることだと思うけど。単に日常生活をしてるという場面では、操作可能であるけれども、それは一致してるから逆にずらすこともできる。それが一致させることが出来ないような状態というのは、ある意味ではひとつの目に見えない障害というか、症状として捉えないといけないんじゃないかなと思うんですね。

小鶴 今の話の中で言うとしたら、今すごく辛いのに、顔は笑っている、という状態を認識する自分がも

## 認知運動療法フォーラム

う一人出てこないといけないでしょ？自分を見る自分がいないと…。自分の笑顔と、不快な自分とを同時に見てないといけないよね。もうひとつ、人称が出てこないといけない。

園田 そういうメタ構造（註3）をとってますよね。最初に、身体にどんなイメージを持つかと言ったとき、「私の」というのが最初に付くと。けど、もともと、その自分達が生まれてきた瞬間、身体を持って生まれてくるわけだけど、私っていう感覚、これが私の体である、とか、私の体がどうなる、こうなってるっていうときの、「私」という人称はないと思うんですよね。つまり、最初の段階では、私というのが先立つんじゃなくて、もっと純粹というか、それが何であるかとか、どうであるかとか、誰のものであるか、という以前に、生み落とされて重力を受けたりとか、何かに接触をしたりとか、そういうものがもう勝手に起こってしまう。その時点というのは、非人称。人称がない、「私の」がない、純粹な身体がそこにあるだけ、みたいな状態があって、次に、他者を認めることが同時に私を発生させることだ、というふうに考えられています。私が先行するわけじゃない。むしろ、他者が先行する。

安藤 間主観性とか、間身体性（註4）ということを行っている先人もいますね。主体、主観っていうのを先に立てるんじゃなくて、もっと同時発生的に、他者っていうのを認める瞬間に自分というのが生まれるような図式を作らないといけない。先に自分があるんだったら、間主観的世界っていうのはないことになってしまうから。それ以前はやっぱり、非人称の状態というのがあって考えないといけないということでしょう。子供の発達がまさにそうですね。例えば赤ちゃんがよく自分の足を持つったり、舐めたりしますね。そして今度は自分ではないもの、例えばカラカラと回っているおもちゃやベビーベッドの柵であったり、それらを触っ

たり舐めたりした時には、自分の足を触った時とは、違うことが起きるということに、きっと後で気が付くわけでしょう。自分の足を舐めた時には自分の足にも口にも同時にある感覚が生じる。ところが自分ではないものの場合には、自分の口には生じるが、当然、ベッド柵にはない。つまり自分には生じるけども、相手には生じない。そこで初めて自分ではないものを自分に先立って認識する。そして次に自分の認識が立つんでしょね。小鶴 すごく分かりやすい例えで言ったら、指吸いとかでも、吸うと、吸う感覚と同時に吸われる感覚が生じるけど、柵とかを吸っても、吸う感覚のみはあるけど、吸われる感覚はない。そこで何か違うものという認識が結局生まれるというようなことですね。

安藤 おそらく、そうだと思いますね。残念ながら、その時の記憶が自分がないので、よく分からないですけれども。

小鶴 どう思ったかは記述できない。

園田 非人称というのは、発達期だけに限らず成人でも起きている状態だと思うんですね。通常生まれてすぐは人称がない。ただ単純に何かに向かっていくときというのは、非人称の形式で、純粹に経験をしていて、それをメタ構造をとって、そこで起こっている感覚、情動的な部分を感じつつ経験しているときは一人称的で、さらに自分が今、何をしているかというのを、意識してやっているときには、三人称になる。ただ単に体験しているときには非人称で、そこに他者という存在が入る。例えば、こういうふうに話しているときというのは、そこにある言葉であるとか、その動きであるとかっていうのは、常に自分がやっている行動なんだけど、その他者に投影すると言うか、相手が理解するかどうかは分かんないんだけど、伝えようとしたりする。これは他者の存在を認めているから、自分がそうしてるわけで、逆に、先に自分という

のを先行させたら、伝えるという手段をとらないはず。こんな社会的な意味を含んだ世界というのは、何かがなかった状態から生まれるというか、それは全部自分の身体を通して生まれてきているものである、というように考えられるわけですね。それがメルロ・ポンティ（註5）が言っているような間身体性であるとか、間主観性であるかと思うんですけど。間主観性って、intersubjectivity（相互主観性）、intercorporality（相互身体性）といって、訳がそもそも相互的であるといえるわけです。相互身体性ということは、例えば、自分が動いている時というのは、いつも環境世界とまさに相互作用をしているわけで、自分がこう動けば、世界はこう返してくる。自分がこう話せば、世界はこう返してくるというような、自分以外の他者を含めて環境とすれば、常にそういうものと相互的に関係している。だから、どっちかが存在する、要は、世界が先に存在して、そこに自分というものがあるとかということじゃなくて、もっと相互的に発生するというふうに考えられる。そしたら、自分が環境に対しても何かに向かっていくし、向かえば環境は、例えば、こういう見せ方をするし、こういう床からの反力があるし、重力があるし、といったものを返してくる。それが他者になった時にも、結局、自分というものがあって他者があるとかいうのではなくて、もっと、同時発生的に相互的な主観の関係が出来た時に、これは床であるとか、これは椅子であるとかというような、物体の意味、言葉の意味というのが、共有できるのかなと。だから、言葉が共有できるのも、原理的にはこの環境が共有できるのと同じことだと思うんですよ。どうしてこんな風に共有するってことができるんでしょうかね。

小鶴 それは身体がおおよそ同じだからだと思いますね。おおよそこういう肉体があって、眼があって耳が

あって、内臓があって、神経系があって、といった物理的類似性という基盤があるから、それが環境と相互的な関わりをしようとする、感じ方が近似してくる。そうすると環境世界とか、言葉とかの意味の部分が共有されていくのかなと思います。

安藤 少し確認させてほしいのは、さっき言ったのは、例えば、私と世界、私と環境という、必ずしも今の文脈でいけば二項の関係ではないわけですね。ただ一項でもないわけですね。これはそのちょっと手前の話に戻れば、ある意味、一人称でも三人称でもない世界というものが、という関係性というか、関わって関係ができるという、そういう、初めから関わる前から関係があるのではなくて、関わることによって関係が生まれる、きっと、そういうことだと思うのですが。

園田 ここにコーヒーカップがある。これは今、誰が見たって、カップがあるじゃないかと思うんだけど、このカップがどうやってカップとして存在しているのかというと、例えば、これは持つことが出来るし、飲むことが出来るし、投げつけることが出来るし、という、自分の身体を介して、ここにこれをカップと認めているという身体性がある。環境世界というのは、それが床であるかどうかは、体を支えられるのかどうかに関わっているし、光というのは自分が何かを見ることというのを支えている。そうやって身体を常に介しているから、結局、そこに言葉の意味の共通性であるとか、動きの共通性であるというのを見出せるんだと思うんですよ。この身体のおおよその共通性というのは、みんな身長が違ったり、肩幅が違ったり、体重が違ったりとか、それぞれ違いは当然あるんだけど、基本的に、手があり、足があり、体幹があり、耳があり。それが接触すれば何かを感じるし、しゃべれば誰かがリアクションするしというような、この世界を共有しているというのが、

## 認知運動療法フォーラム

この身体を通してなんだという視点に、まず立たないと量的側面ばかりに目が向いて、本来あるはずの意味の領域を見逃してしまうと思うんです。そう考えると、部分的に共有できない場面というのが、患者さんなんじゃないかと思えるわけです。例えば、失語症の患者さんだったら、こちらの言葉を共有できない。単純に、何かの言葉を言った時に、それがそのまま共有されるものでない場面というのがあって、逆に例えば、今、話しているような内容が、人によっては、意味として共有できない可能性だって十分にある。運動性の変容が起きたときというのは、その身体を通して、つまり、知覚の仕方が変わることによって、もしくは、知覚の意味づけが変わることによって、あるいはそれが出来ないことによって、世界の現れ方とか、意味の変容が起こるんじゃないかと。それが、患者さんのひとつの状態として捉えないといけないんじゃないかな。

小鶴 量的側面をみているときというのは、歩けないという現象があるから、歩くという現象を起こすし、動かないという状態を見れば、動かすという行動を自分たちはしようとする。だけど、それは、そういう身体の見方をしているからであって、どうして、自分達がこういう世界を共有できたりとか、言葉を共有できたりとかするのかというのを抜きに身体を見るから、そんなことが起こるのだと思う。自分達が意味の共有ができるのは身体があるからだっていうのはわかってきたんだけど、それはどうしてなのか、どうやってそれが共有されるのかを考えないといけない。だから治療方法として、歩行訓練で、ただ歩かすのがいけないとかいいとか、という議論をしても、全然、説明になっていないんだけど。人の見方というものを、こういうふうには人は意味を共有してるんだとか、言葉を共有してるんだとか。椅子があれば、そこにみんな座ろうとするとかいうような、行動の共有

が起こるのは、どうしてなのかを議論すれば、人の見方が変わるわけだから、ちょっと大雑把に言えば、訓練が変わる。要は視点の問題なんじゃないかということですよ。

### 身体化された心

安藤 自分のことですが、実はついこの間、末梢性の顔面神経麻痺に罹ったんです。カフカ(註6)じゃないけど、ある朝、気が付いたら右側の顔面神経麻痺になっていて、ウィルス性でしたけれど、中等度の顔面神経麻痺になりました。これは甚だ具合が悪いものですね。それで非常に慌てたんですけどもすぐにステロイドや、その他何種類もの投薬を受けて、「さあリハビリテーションはどうしよう」と思ったんです。実は結論から言えば、「何もしなかった」んですが、この何もしなかったというのは、いわゆる残存した筋を自分で自動運動するとか、動いてないところに低周波通電するというのをしなかったという意味です。顔面神経麻痺では、神経再生が起こってきた時に misdirection (過誤支配) が起こってくる。それで共同運動が出てくる。末梢性顔面神経麻痺の患者さんには、目を閉じたら一緒に口角が動いたりする共同運動が高率に診られて、実はこれが非常に長引くし厄介です。だからそうならないようにということに注意しました。そこで何をやったかという、頭の中で運動感覚や皮膚感覚だけ、つまりキネステーゼだけを考えて、異常な感覚が起こらないようにということだけに気をつけた。それを外から見たら、何もしてないということになるわけですね。もちろん投薬の治療効果もあったと思うんですけど、完全に治りました。約2週間くらいですね。全く違和感がなくなるまでで言えば結局1ヶ月くらいでしょうか。完全に治った。よく力も入るし、しっかり笑えるし泣けるし。だ

から外から見たら何もしなかったというその裏側では、注意を向けていく先、つまり今、どこに、何に向かって、どういう志向性を持って、何に気をつけるのか、何に注意を向けるのかということを一所懸命やりました。これは例えば、患者さんの麻痺を捉える時に、こちらの視点もそうですが、患者さん自身の志向性も、どこに向かうのか、向けさせるのかという、そういう視座に基づく身体観をしっかりと持っておかないといけないということを再確認出来ました。つまり麻痺ということの考え方もそうですけど、動かないから麻痺なんだ、動きが悪いから麻痺なんだ、と従来の医学の本にも、現時点でもそんなふうには書いていますが、その捉え方はコアな意味で言えば、やはりアバウトな感じがします。「動かないということはどういうことであるのか？」ということを考え続ける。この視点は自分の経験も踏まえてですが、極めて大事だと思います。

小鶴 動かないから麻痺だといって、すごく安易に患者さんに「動きますか？」というような事をつい言ってしまう。そうすると、患者さんは動くことが良いと捉えるから、動けばいいんだっと思いきり強く動こうとする意図を発動させる。結果として反射的なパターンが出現する。そこが結局、動くことが当たり前にあるという前提があるから、そういう聞き方に、ついなってしまうような気がしますね。頭の中で動かすことが出来ますか？とか、問い方は他の可能性もあるのに。そういう単純に「動きますか？」とそんな問い一つから、ひょっとしたら臨床を見直す必要があるのかなという気がします。

安藤 例えば、depression（うつ）といった精神科領域の患者さんには、いわゆる運動器系には器質的な問題はないけれども、しかし彼らはやはり部屋の隅で動かないわけです。SC（schizophrenia；統合失調症）の患者さんも、catalepsy（強硬症）

の状態になった時には本当に褥瘡ができるまで動かない。これなんかは先程の一般的な麻痺の考え方からすれば、麻痺ではないことになる。つまり運動器系を直接的に動かしている神経系に問題があるから、これを麻痺だとするという視点では、もうとても人の体というのは理解出来なくなる。人はそれほどシンプルではないわけです。精神科では投薬で脳内 chemical balance の問題を解決していきますね。そしてまた同時に治療者の言語であったり、その介入の仕方であったり、つまり患者さんとの互いのやりとりの結果として動きが良かった場合には、結局は脳内の chemical balance が変わっているはずなんです。麻痺やそしてどのように動くかという問題をそういうところまで裾野を広げて考えることは大事な視点だということですね。

園田 eating disorder（摂食障害）の中でも拒食症、過食症というのがありますよね。その症状というのを、色々分析されているんですが、これらの原因のひとつがボディイメージの問題だという考えがあります。拒食症の人で、炭水化物をちょっと摂る。そうすると、ものすごく自分が太ったような感じがするというんですね。炭水化物を摂ったからといって、自分の体のサイズが即座に変わる事なんかはないはずなのに、非常にその瞬間に、自分がちょっと太った気がするという自分の体の感覚になったりする。通常ボディイメージというのは自分の体の求心情報、足底、膝、股関節とか手のひらとか、いろんなところから、求心情報が絶え間なく頭頂葉に入ってきて、それをもとに身体図式があって、意識することでボディイメージが感じ取られると考えられていますよね。これが実は体性感覚をもとにして存在するだけじゃなくて、非常に心理的・社会的な要素を含んでいるということが分かる。心理的・社会的要素が入って、自分が意識した身体像というのができる、

## 認知運動療法フォーラム

ということは、これは他者を含んでいる。他者を含んで自分の身体を意識しているということだから、単純にそのスキーマのレベル。もっと無意識のレベルでの身体像は、体性感覚をもとにしているのに、いつも自分の体を意識レベルで把握しようとしたときは、他者からの投影像というのを自分の身体イメージとして捉えていることになる。つまり三人称的に捉えられるものと、そもそも一致しないことが有り得るということです。運動障害じゃなくて、いわゆる精神障害といわれる範疇に入る疾患でさえ、身体の問題であるといえるわけです。両義的に言えば、運動障害という身体の問題があるときに、同時に精神の問題であり、身体の問題があるものはある意味、精神の問題でもある。心とか精神というものが身体化されている。

安藤 そうですね。精神科領域とかいう分け方自体、一般的な自然科学の考え方ですね。整形外科、精神科・・・というふうに分かれているというのは、医学モデルではその方が都合がいい。左片麻痺などに時折診られる Somatoparaphrenia (註7) という症状の場合、自分の手を見てこれは自分が嫌悪感を持っている他人の手であると訴えたりもします。そこにはソーシャルな部分がある。ソーシャルな生き物である人間ならではの病態かも知れませんが、ここで敢えて身体、精神という分け方をすれば、身体の異常を飛び越えた向こう側の精神の障害というか・・・だけでもやっぱり結局はそこにある身体から逃れられない。Embodied mind であつたり、Minded body であつたりする。メルロ・ポンティのいうキアスム (註8) という考え方だと思います。キッていうのはじまりが、chi ですから、 $\chi^2$  検定の  $\chi$  (カイ) なんですね。交差にかけるという意味でしょうか。まあ、裏と表というふうになってしまうとまた変な話になってしまうんですけど、両義的であるということ

でしょうね。

園田 例えば、右手で左手を組む。その時の主体はどちらか?と問われる場合に、必ず、右手か左手を触っている、もしくは、左手が右手に触られているというように、そこで人称が常に入れ替わり、揺れ動き続けるような状態というのがある。完全に固定してどちらも主体とすることは出来なくて、必ず、揺れ動くような、揺れ動けるというような状態。何かを触れて、それが硬ければ自分の手の柔らかさを知っているから、同時にその外の物体がそれよりも硬いことが分かるし、どんな力の入れ方をすればよいか分かるから、こんな運動が出来るとかいう関係性がある。そういうその環境世界への働きかけにも、いつも身体の両義性が存在してないといけないはずですよ。その両義的な身体があるはずなのに、リハビリテーションの中で量的側面をみているときというのは、両義的な関係性というのを、ネグレクトして、主体が動いている、それで動けないから、もっとこんなふうに分けたらいい、という、身体の両義性がその一方方向になっている。

安藤 両義になっていない。

園田 そう両義になっていない。スタートがそういう両義的な見方をしないと、意味の交差性が起こるような場面が作れない状態という解釈をすれば、それが作れるように治療の介入の仕方をしていかないといけないし、それがその物体との関係を、そういうふうにとることができてくること自体が、世界との関わり方が変わっていくことだから、それが治療の目的でないといけないんだろうと思うんですね。

小鶴 そこに、いろんな社会的なバイアスがすごく入ってくるから、どうしても、時間的な側面とか、量的な側面とかいう、パラメータでどうしてもみてしまう。だけど本来、身体を扱う以上、この身体の両義性というのを初めから最後まで、ずっと外

さないようにみていかないといけないんじゃないかなと思いますね。

安藤 そうですね。臨床の場面で考えたら、例えばスポンジの硬度、1番から5番までの硬度がある。硬さ、傾斜がどうであるとか、そのときに、スポンジは軟らかいものであって、1番から5番までの硬度の段階がある。のではなくて段階があるということ自分の身体が決めるわけです。ペルフェッティ先生のいわれる、身体を介して意味を与える、世界に意味を与えることなんですね。そのものに属性を作っていく。その属性は知識ではなくて、この身体の経験ということですね。認知運動療法の現場をみたセラピストから上がる声として「感覚の訓練をやってますか？」という話が時々あると思うんですね。仮に接触したのが自分の手であれば、接触したものの属性は、自分の手がそれに対してどうなのか？ということで、だから硬いんだ、軟らかいんだということを前意識的に決めていくという思考ですね。そこを外していなければ決して感覚の訓練をやっているとは考えられないことなんですけど、なかなか難しいようです。そして意味を与えるためには、どうしなければならぬか？敢えてデカルトでいえば「我思う故に我あり」ではなくて、「我あたう（能う）ゆえに我あり」ですね。能うというのは能力の能ですね。動くというくらいの意味でしょうか、実はそっちの方がもっと近いのかも知れないですね。

小鶴 感覚と運動というのも両義的ですよ。ギブソン（註9）が、動くために知覚するし、知覚するためにはまた動かさなければならぬとした、知覚と運動の円環性によく表れています。

安藤 まさに、その Enactment、その act というのを考えると、Enactive が行動化で Enactment というのは、その行為から産出するという意味ですけども、世界とか、私とか他者といったものは、身体を介する行為によってのみ、その意味が産出さ

れ続けているというのが、生きている状態であるという考えですね。この状態が本来、人がまさに生きているとすれば、患者さんの状態というのは、どんなふう生きてることになるのか？というのを考えないといけないですね。

園田 自分たちは逃れようもなく身体を生きている状態で、何か喜んだり悲しんだりという感情があったり、誰かを怒ってなぐるという行動も全部、身体と精神はいつも一緒にあって、身体があるからそう感じる事が出来る。身体をもって生まれて、この重力下にさらされて、立って、歩いて、何かに触れて、話してというのを身体を介して環境と interaction（相互作用）しながら僕らはやっている。その求心情報は同時に脳に入ってきます。そして知覚情報であったり、記憶の情報とか、感情的な情報であったりというのが皮質でいつもマッチングして、意思決定のバイアスをかけたりしながら、ある精神の状態が生まれたり、ある行動が生れたりして、身体と精神というのが同じであるとしか言いようがないような、脳の情報処理をしていることになるわけです。そうすると、運動の障害を、運動の障害とだけとらえていってしまうと、量的な訓練、見方、関わりになってくるけど、ある動きができないとか、右と左に差がある状態は、身体に対する認識といったものを含めて、変容しているのは可能性がある。そうみたら、運動を量だけで判断できなくなってくる。このときの視点というのが、運動とか、身体、精神というものが、「そこにあるもの」ではなくて、むしろ「そこに生まれ続けている」というような取り方ができる。そこに何かが見えているのも、ある情報処理をずっとし続けている脳の活動があって、身体の活動があって、神経の活動があって、それを見せ続けているし、ある姿勢をそのままとっているし、ある言葉をしゃべっている。全部その情報処理をいつもトップダウンとボトム

## 認知運動療法フォーラム

アップの繰り返しをいつも続けて、いつも世界を生み出し続けている。自分たちの身体と環境、心とかいうものの関係性があって、そこにある器質的あるいは化学的問題が生じたときに、どんなことが起こっているのか、つまり患者さんの世界観がどうなっているのかを評価して仮説立てていくことが訓練を創造するんだと思います。

小鶴 世界を生み出す能力に制限、あるいは変質をきたしているのが患者さん、と考えるということですね。あるいは自分の身体を変化させて情報を得て、その情報によってまた身体を変化させて、そしてまた情報を得ていくという情報性の考え方を使えば、そのようにして変化させ、変化させられていくことによって世界を変えていくという

安藤 生きている以上アップデートする。アップかダウンか分からないけれども、アップデートはされ続けているわけです。生きているから、それが変質された Emergence なのかもしれないけれども、生きている以上、Emergence はあるんだと思う。そうしたとき僕たちの治療の基盤としては、やはりそのバックグラウンドに大きなひとつの柱として、神経学あるいは神経科学があるんだと思うんです。ヴァレラが神経現象学ということを行っています。自分たちが今まで習ってきた神経学の範囲を拡張して「人間の神経学」としてみていくスタンスをもたないと、なかなか理解ができないところだと思うんです。いろんな方法があると思います。例えば、fMRI や PET などの画像診断で、起こっている事を可視化することは出来ても、そのことが、「人が生きている」という神経学的現象とはイコールではないということも、どこかにそれを括弧に入れた状態で自分たちが持って、患者さんと関わるということをしないといけないんじゃないでしょうか。

園田 そうやって可視化したり、量的に置きかえてみたりというのは、例えば診断のためのツールとして

判断材料となるし、自分たちの評価指標としてある一定のパラメーターを用いたりするのは、どちらにしても必要なのは間違いないので、それ自体はむしろ、発展的に研究されていくべきだと思います。ただ、これまで話してきたような、本来、共有されているはずの世界を生み出すための身体と環境との関係がとれない状態として患者さんを捉えていくとすれば、介入をすべきポイントは、数的なものに置き換えられると同時に存在しているはずの、一人称的な感じ方であるとか、患者さんの世界観を知ろうとする必要が出てくる。これは量だけではどうしても説明できないんで、「聞く」という作業をしないといけない。つまり三人称的世界と一人称的世界の間にある言語を使わざるを得ない。そうすると、サイエンスの範疇が、クラシカルなサイエンスだけではなくて、ルリア（註10）がいうようにロマンテックサイエンスに拡大されていかないといけない。身体の目に見えているものだけを量りにかけるのではなくて、それをどう感じているかといったその精神の部分がある意味で量りにかけていくという戦略が必要になるということです。言語という人間特有のツールを使ってやっていくという手段は、なかなか可視化できないから信用しにくいとか、簡単ではないし、人に「ほら、これがサイエンスだ」と見せるためには数字が変わったり、グラフ作ったらグラフとして良くなっているというデータを出した方が、確かにエビデンスというのは人に説得力はあるんですね。でもそうすると人間の本質から逆に遠ざかっていくような、そのギャップをクラシカルサイエンスだけに捕らわれずに、可視化できないもの、量的に量れないもの、自分たちが取り扱っていかないといけないのかなと思う。だけど、同時にそれを何とか量的に置き換えたりだとか、なんとか可視化できるようにする努力もしないといけない。じゃない

と、なにかおまじないをかけて魔法のように患者が「ほら、良くなった」みたいな。そしたら「何をしたんだ?」、「言葉を使ったんだ」というだけと言っても、それはサイエンスといえないわけだから。ある仮説を立てて、それを検証するかたちをとって、訓練をしたり、ある実験をしたり、で、その仮説と検証結果を比較していく。そしてまた仮説を組み直すというプロセスです。その方法に関してはクラシカルでもロマンティックでも同じようにやっていく必要があるものだと思うんだけど、その取り扱うものが、可視化できるものを取り扱うのか、可視化できないものを取り扱うのかという溝があって、そのどちらかを取らないといけないという意味ではなく、むしろどちらも行き来しないといけない立ち位置にリハビリテーションの分野は立脚しないといけないのかなと思う。現状は発展的なクラシカルサイエンスにどんどん乗っかっていこうとしている流れがもちろんあるわけで、そこを、それでよしとしない。もっと目に見えないものを扱うという、ちょっと面倒な方法も自分たちはとる覚悟がいる。

### 意味はどこにあるのか

小鶴 臨床的な経験でいうと、ほとんどみんなは患者さんに角度計を当てて、「一週間前より肩の角度が10° 挙がっていますね」というような手段をとると思う。そうした時にも患者さんは納得はする。「あ、やっぱり10° 挙がったか」と。その10° というのはすごく分かりやすい。ですが、その時の、挙がった気持ち良さとか、その時の「あ、なんかつかえが取れた」とかいうようなことは全く無視されてた。数字というものは相手を納得させるのに強い威力が確かにある。ですが、今だと先に「今日、なんかいい」「今日、なんかいい感じ」と、患者さんの方から言ってくる事が多く

なっていて、そんな時は結果として角度としても挙がっている。その手段がだんだん取れるようになってきた。僕の変化とともに、患者さんも変わっていった、それは単純に角度を測ってこちら側が教えてあげられるというものなんだけど、その内観が変わっていくというか、感じ取り方がうまくなっていく。変質した身体が変わることと、変質した世界が変わっていくようなことにも繋がっているんじゃないかと感じる。こちらの主観になってくるけど、患者さんの身体を通して、自分の理解が進むというか、そういう場面は結構ありますね。

安藤 それは、すごく大事なことですね。セラピスト側もそうだし、患者さん側もそう。操作という言い方をしているのか分かりませんが、セラピストが意識的に言語的な操作をする。例えば、一人称、三人称という患者さんの身体を、患者さんに自由に行き来させるような操作をする。さらにその行き来している自分を見るという視点も持たせる。実は、今日ここに来る前に、片麻痺の患者さんの足底にスポンジを私が押し付けて、そこでどうだ、こうだと属性をスポンジに与えるようなことをしていたのですが、それはどちらかという一人称の世界ですが、続いて「今度は感じる事をスポンジ側においてみてください」「スポンジがどのような形に変化をしているか」ということをイメージとして感じられるかと問うたんですが、全くそこには行けないんですね。自分達は、スポンジを踏みつけた時に、踏みつける自分のこの身体、皮膚の内側とでもいうんですか、そちら側に意識は持っていきやすい。けれども踏まれているスポンジ、これは人称ではないんですけども、そちら側に意識を持っていくことも、可能なわけですね。「どういう風に変形しているのだろう」と。私の身体を介するんですから、この身体から出ることはないにもかかわらず、意識の中では向こうに行

## 認知運動療法フォーラム

けるわけですね。こういった意識の往来を、そしてそんな視座に立っている自分を見るということを含めて言語的に操作する。そういうことがとても大事なんだと思います。

小鶴 どのように意識していますか、どう感じていますかと聞いた時に、「ちょっと重たい」とか、「指が何cmぐらい開いている」とか、「踵に圧を感じる」ということを言われる方もいれば、「全然分からない」という人もいると思うけど、その時に結局セラピスト側がその動き一つから、意味をどのくらい取り出せるかが、治療をしていく時の一つのキーだと思います。僕たちが一つの見方しか出来なかったら、患者さんは何にどう気付けばいいか分からない。複数の意味を取り出すのはまずはこちらの仕事で、それをヒントとして、相互的なやりとりをすることで初めて患者さんが掴めるところや、とっかかりがあるような気がします。

安藤 そういう意味ではセラピスト側のそういう思考のトレーニングが必要ですね。

小鶴 そう思います。

安藤 それから自分の内観を覗き込むというような、そういうトレーニングを日頃からやり続けたいといけないのかもしれない。よく自分で言ってハッとするんですけど、患者さんに「どんな風に感じますか」と問いかけてながら、自分には実は問いかけていない所があるというか。患者さんにだけ難しいことを要求している可能性がある。

小鶴 硬度の識別でも、どう感じますかと聞いた時、必ず硬いか柔らかいかの答えを当然のごとく僕たちは想定する。そしてそれしか想定していないようなことがある。

安藤 だから、やっぱり、いろんなことの意味を沢山持てるかどうかというのは、非常に大事な思考のトレーニングですよ。それは僕らに課せられたことでしょうね。きっと。それをやり続けたいといけないんでしょう。

園田 これは言い方の問題ですが、意味を「取り出す」と捉えてしまうと、外の属性、例えば床のこの硬さが分かりますかと言うことを患者さんに問うのは感覚統合訓練と同じ。そうではなくて、この感じをどうやって感じているのか、どういう風に感じているのかが問題。ということは、これはやっぱり Intentionality (志向性) (註11) の問題で、こういう行為の中に、どんな志向性をどれだけ向けられるかというか、それは数の問題でもあるし、その内容の問題でもある。これが勘違いされてはいけないのが、“元々この属性があって” となってしまうと、それだったら、片麻痺の患者さんの、例えば、柔らかいものを触ったときに、柔らかいと感じるのは当たり前だとなってしまう。だけど、それをそのような志向性を向けるためには、手は、例えば中手指節間関節が柔らかくないといけないという、自分の構造的な、身体のある状態がその感じ方をさせるわけだから。

小鶴 そういう意味では、意味を取り出すというよりは、その身体で意味を貼り付けていかないとけない。床が硬いという感じは足底の圧とかそこから返ってくる反力から生まれるわけだから、その感じ方を「これは硬い」という感じをどんな風に感じたか、それを自分達が感じたように感じていないのであれば、そこに、このように体重をかけることは出来ないはずだと考えないとけない。そこが、自分達が共有しないとけないところと、逆にその差を僕らも見つけてあげないとけないし、患者さんも自分で気づくことができるように仕向けていかないとけない。この床は硬いはずでしょうとか、それじゃあ普通の動作訓練になっちゃう。

安藤 自分たちはこの床の属性を知っていて、これは硬いから立てるはずなんだから立ってみて下さいとなってしまうですね。だけど、本人が、そこに体重を乗せられるはずだというような、硬さの属

性を貼り付けられなかったら、立てるわけがない。だから、自分達の仕事は、自分達が感じている志向性の貼り付け方ができる、向け方ができる、そうするとこんな風に感じるというものとは違う感じ方をしていた場合、それは例えば、跛行であったり、間違った代償運動であったり、そのときにどんな感じ方が出来ないといけないのか、どんな志向のあり方をする事でその感じ方が変わるのか。感じ方が変わるということは、その向かい方が変わるわけだから、それが結果として動きが変わることであるから変化として現れてくるはずですね。これを患者さんと作っていかないといけない。

園田 そこが、セラピストと患者の共同作業じゃないと出来ないことなんですね。一部の整形疾患の患者さんでは結構自分で気づくことができ、自分で調節できるようになる人もいます。そうすると、安藤先生の顔面神経麻痺もそうかもしれないけど、自分で自分の感じ方に気づいて、自分で操作することができれば、世界の共有にまた向かっていけるから、運動性もおおよそ共有できるという状態ができると思う。そもそも自分達も普段いちいち気づきながらやっているのではなく、無意識にやっていることがほとんどですから。それが運動性の変質が起こった瞬間に、要は、自分が感じていた世界が変わってしまうわけです。そこをセラピストと患者の関係の間に、ある環境というか、道具、言語といったものを、人称と人称が離れているところに介在させて、これを共有していくような、そういう図式をつくる。

安藤 共有ということを考えれば、永続的に器質的な感覚障害があるという場合に、私が感じているクオリア（註12）と患者さんが感じているクオリアを本質的な意味で共有することは出来ないし、比べることも出来ない。ただ唯一共有できることは、志向性の共有だと思うんですね。不可逆的になっ

ている器質病変については、病前と全く同じようにはならないでしょう。その場合にわたしたちが出来るのは、何を感じられて、何を感じられないのか、感じるとすればどんな感じがするのかを間主観的に共有していくことだと思うんです。患者さんにとってそれは新たな身体と出会うことが可能になる方法だと思います。

### 「回復」の意味

園田 回復という言葉がありますが、物理的に時系列でみた時に常に自分というのが生きている中間に進んでいるとして、ある時点で私の世界の感じ方に変容が起こる。そして、運動障害や高次脳の症状が起こる。回復というのは元に戻るリカバリーということですが、だけど、自分達が世界を生み出し続けているという視点からみれば、時系列的に元に戻るというのは話がおかしくなる。

安藤 あり得ないですね。

園田 そうじゃなくて、新たにまた世界との関わり方を変えていくということだから、時系列ではやっぱり進み続けていくわけです。そうすると、その自分とその環境との関わり方や、自己身体内の関係性、つまり志向性の在り方。それをセラピストとの関わりの中で、ある媒介するものとしての環境を介して変えていくことで患者さんは環境との関わり方が変わっていく。どんどん前の方に変わっていくわけだから、そういう意味ではリカバリーではなくて、まさに Emergence、作っていく、生み出す、という方に視点を移動しないとイケない。前はこういう歩き方が出来ていたから、そんな歩き方が出来るようになる。という一般論的には考え易いことですが、確かに患者さん自身がリハビリテーションに臨む時の目的性というものからは絶対そうだと思うんですよ。前のように歩きたいって、やっぱり言われますよね。前のよう

## 認知運動療法フォーラム

に生活したいと。それは別に問題じゃないし、自分達も別にそう思う。

小鶴 そうなんだけど、身体を時間軸で言えば、すでに今と一秒後というのは同じじゃない、常に違う。みんな一秒前と一秒後は違う身体。その違う身体というのが、どんな風に違うかというのが問題で、その違い方が運動性と精神性と環境との関係として、これは適切とっていいのかどうか分からないけど、そう離れていないような形に変わっていけば、何とかそれを回復と呼ぶことが出来るのかなと思います。

安藤 Recovery じゃなければ、おそらく Rehabilitation でもないのかもしれないですね。人が生きているこの一人称の世界では物理的時間は過ぎていない。心理的時間しかないわけですから。常に「今、ここ」しかないわけですね。そういう意味じゃ戻るといふことじゃなくて、Habilitation (註13) なんでしょうね。

園田 社会的な意味で言えばリカバリーでいいし、リハビリテーションでいいのだと思う。もとの生活、例えば家で過ごしていたという社会的生活に戻るといふことだとか、仕事をしていたという社会的状況に戻るとか、そういう意味でいけばリカバリーという言葉、正に、その戻るといふ意味合いで全然問題ないのかもしれない。リハビリテーションの文脈で、ハンディキャップといわれるようなレベルの考え方というのは、むしろ社会的なものを取り扱って、前の生活に戻していくことがリハビリテーションであると捉えていって、それ自体は問題ないというか、一つの解釈だと思し、実際にそうしていかないといけないことだから、超目的的な意味ではずっと把持しておかないといけない。ただ、セラピストとしての文脈ではそれを把持しつつも、時間軸の中のリカバリーのない、むしろクリエイティブしかないような、身体に向かわせる。そんな二重の目的性を自分達は

持っておかないといけない。

小鶴 社会的な意味でのリハビリテーションでは、自分達は結構きれいごとを言えるというか、「もっとこういう風に歩けるように頑張っていきましょう」とか、言葉も社会的になってしまう。「今日はいいい天気ですね。」とか、笑顔が出てきて、調子が良かったとカルテに書いたりだとか、そういった行動も社会的になってしまう。じゃあ、誰が身体を診るのかという話しになってくる。結局、自分達しかいないはずなのに、自分達にも社会的な医学モデルを当てはめてしまう可能性が高いですよ、今の状況というのは。だから、なんとか、それはそれとして医療者というか医学という社会の中に自分達が埋め込まれている以上、部分的には必要かつ仕方のないことですが、身体に対する視座みたいなものは、どんどん自分達で変えていくというか、勉強していったん見方を深くしていくという作業を同時にやっていく覚悟みたいなものがあるというか。

安藤 やっぱり逃れようのない現実といいますか、ソーシャルな意味を含んで少し自虐的に言えば、そのことが自分達の職業の逃げ場であるかもしれないという部分はあると思う。一般的なリハビリテーション思想では、たとえ歩けなくても車椅子で移動出来たじゃないか、というのがリハビリテーションの仕事の範疇に入ってくる。我々の仕事の重要な側面であると同時に、最初に戻るけれど、やはりもっと真摯に、身体に向かわないといけない。というところでしょうね。勿論、その二つの視点を意識しておくことは重要だとは思いますが・・・

小鶴 結局、疾患というより身体を最終的にみて関わっていくのは、多分リハビリテーション専門家だけしかないということになりますかね。外科的な処置は出来ないけれども、麻痺している手に立ち向かっていけるのは多分、今の医療の中ではリハ

ビリテーション関連職種が、最も近いところだということになっているかと思えますね。

園田 本来あるはずの可能性を自分達の治療介入として入り込んでいく為には、学校の勉強、国家試験の勉強っていうので、現状ちょっとベースが足りなさ過ぎると思うんですよね。セラピストの臨床的意思決定は無意識的にでもある知識を通してなされているから、そうすると、どうしても身体に対する見方っていうのが、現行の医学モデルだけでみてしまう。それはそれとしてほんとに絶対知っておかないといけないし、大事なことだとは思いますが。ただ自分たちは知識背景のアップデートというか、変更というか、それを試みないといけないし、これは終わりのない話ですが、絶対にそれをやり続けて患者さんの可能性というのを科学的な意味でも信じられるように、常にそれを模索するスタンスを崩したらいけない。リハビリテーションの職種って、医療の中でもすごく患者さんに好かれるというか、看護婦さんだと当たり障りのない話しかししないのにリハビリの先生にはこんな話もするっていうのはどこの病院でもあって、すごく信用され易い職種だと思うんです。もちろんそうじゃない場面もあると思いますが、大方そうだと思います。それは多分、身体のことをみる仕事だから。非常に相手の自己というかアイデンティティーに直接タッチしてくる仕事だから。非人称の身体をみて、どういう環境との関わりをしているんだろうかという見方をしたり、それをこう感じているということは、こういう情報の処理をしているはずだとか、例えば頭頂連合野で視覚とのマッチングができていないはずだとか、そういう仮説を立てていく。そうしていくための知識基盤とか、仮説を立てられるだけの自分達的能力というか、そういうものを身につけ続ける作業、簡単に言ったら勉強をしていかないとはいけないと思う。

小鶴 セラピストはいつも患者がどう良くなるか。例えば、今日歩けるとか歩けないということを問題としてみている。だけど、大事なのは訓練が上手くいかないなという時に、自分に問題があるんじゃないかと置き換ええないといけない。脳梗塞になったという問題があるから、訓練が進まないのは疾患が悪いと患者さんに問題を押し付ける。それは確かに問題ではあるんだけど、行為が変化しなかったりとか、ある限界がみえてきてしまった時に、自分にもう少し選択肢がないだろうかとか、もっと別の可能性がないかとか、考えることと選択肢を見出せるだけの自分の知識基盤が結局ないと、その視点自体が生まれないわけだから。

安藤 向かうところがなくなりますね。

園田 問題の所在を一旦セラピスト側にもってきて、自分達がどういう見方をしているから、今こうやって見えているんだ。もっと現象学的還元（註14）のように、色んなことをもっとカッコ入れにしていく。脳梗塞というのを一旦カッコに入れて、痙性麻痺というのをカッコにいれたら、肘が曲がっているというのが残って、筋緊張亢進というのをカッコにいれたら、どうしてこの左右差があるのか。そうやっていくと疑問がたくさん浮き彫りになってくるはずだから、そんな関係性を思考していった現象をもっと直接知覚する。直接知覚すると、今まで習ってきたようなものをカッコ入れしているわけだから、分からない事だらけになる。この、分からない事だらけに一旦自分をもっていた時に、調べたり人に話したりしないと解決できない状態になるから、セラピスト自身がその状態に自分を持ち込む。

安藤 逃げ場のない状態にね。

小鶴 それのリハビリテーションの内容を変えていくきっかけになるのかなと思います。まず自分がどんな風に患者さんをみていて、何を問題として扱っているのかをもう一回問い直してみる。次にどん

## 認知運動療法フォーラム

な方法を使うか。サントルソの臨床で一番すごいと思うのは、もうすごく考えて、何でこんな風になるんだろう、何でこういう麻痺の状態なんだろうと考え抜いて、方法を創っていくっていう作業をしている。神経学、哲学、芸術からあらゆる身体に関する学問をすごくよく知っている。それに他分野と思えるような領域を身体を通してみるという感受性がある。だからイタリアの真似をすればいいという事じゃなくて、少なくとも患者さんにそうしていくように、自分も今と少し違う視点を持つための勉強をする。そうやって複数の視点で患者をみることが出来る自分をつくっていく事で、結果として患者さんに対する訓練が出来るようになっていくんだと思う。

園田 身体論をキーワードに議論してきて、何か答えといたったものが出てきたのではなく、むしろ課題が出てきましたね。私たちセラピストがその課題に対して問題を解決し続けることで、はじめて臨床が変わるし、患者さんが変わる。要は自分が変わらないと患者さんは良くならないということが、リハビリテーションセラピストがこの時間を使って身体を語ってきて出てきたひとつの結論だと言えるんじゃないでしょうか。

安藤 いいでしょう。

小鶴 えっと、最後に一つだけ。10年後に僕たちが同じ訓練をしていたら、何も進歩していないということですね。何かの気づきがあれば明日からでも治療は変わる可能性はあると思います。10年後僕は進歩したいと思っていますので、みなさんも進歩しましょう。自分を誤魔化さずに、「オレってちょっと上手くなったかもしれない」、「分かってきたかもしれない」と思う瞬間があると、すごく嬉しいです。

安藤 そうですね。私も最近強く感じるものの一つだけれども「動作を教えること」は出来ないと思ってしまう。 「動作」の手前に、解るべきという

のか、共有していかないといけないことが実は山ほどある。Readiness（準備状態）ですね。これからも勉強し続けましょう。

小鶴 勉強しましょう。

園田 今回、「Enactment , Emergence , Embodiment」という言葉を使ってフォーラムを行いました。それは、世界は行為によって産出されているということと、心は身体化されているということ、そして常にその循環を通じて、ある言葉が生まれ、見えているものが生まれ、動きが生まれている。その創発の連続が生きているということで、世界はすべて身体を介して在り続けていて、その身体を診ていく自分達セラピストが見方を豊に、複数の視点を持つようにしていくことが、臨床を変えていく唯一の手段じゃないかと。難しいことだし、テクニカルなハンドリングとかじゃないものだから、その意味ではもっと個人個人がそういう意識を持つというのが重要なことじゃないだろうかということで、今日のフォーラムを締めさせて頂きたいと思います。メルロ・ポンティの「身体はあらゆる意味生成の根源である」という意味を噛み締めながら、明日からの臨床に臨んでいきましょう。みなさんありがとうございました。

(2009年4月25日 春日クローバープラザにて)

註1 ルネ・デカルト (René Descartes , 1596 - 1650)  
フランス生まれの哲学者・自然哲学者・数学者で、  
「我思う、ゆえに我あり」という、哲学史上最も  
有名な 命題を提示した。これは心身二元論と呼  
ばれ、人間機械論を生み出した。

註2 フランシスコ・ヴァレラ  
(Francisco Javier Varela Garcia , 1946 - 2001)  
チリ生まれの生物学者・認知科学者で、1970 年代  
初頭同じくチリ生まれのウンベルト・マトゥラー  
ナとともに「オートポイエーシス理論」を提唱し  
た。また、身体として生きる人間の経験を脳科学  
の射程に含めて研究することを「神経現象学  
(neurophenomenology)」と命名し、身体として  
ある行為 (embodied action) によって世界も心  
も産出されると解釈した。

註3 メタ (meta-)  
「高次な」「超」「一間の」「一を含んだ」  
「一の後ろの」等の意味の接頭語で、自己の認知  
を認知することをメタ認知 (meta-cognition) と  
いう。他に形而上学 (meta-physics)、メタ言語  
(meta-language)、メタ情報 (meta-data) など  
がある。

註4 間主観性 (intersubjectivity)  
現象学の始祖エドムント・フッサール (Edmund  
Gustav Albrecht Husserl , 1859 - 1938) が、私  
たちが客観的に実在していると信じているとこ  
ろの私たちの周囲の世界が、実は私たちの意識の  
志向作用によって構成されたものだけということ  
を明らかにし、世界が複数の主観によって共同で  
構成しているということを「間主観性」という語  
で示した。

註5 モーリス・メルロ＝ポンティ  
(Maurice Merleau-Ponty , 1908 - 1961)  
フランスの哲学者で、その論考は「両義性の哲学」  
「身体性の哲学」などと呼ばれる。また、私たち  
の身体が世界へと向かう運動性によって世界構  
成の媒体として機能していることを示し、それを  
間主観性が必ず身体レベルで成り立っているとい  
う意味で「身体的間主観性」＝「間身体性」と  
呼んだ。

註6 フランツ・カフカ (Franz Kafka , 1883 - 1924)  
チェコ出身の作家。最もよく知られた作品に『変  
身』がある。この作品は、ある朝目覚めると虫に  
なっていた主人公が、家族の厄介者になり衰弱し  
ていく物語である。

註7 ソマトパラフレニア (somatoparaphrenia)  
右半球に特異性のある症状として知られる。左側  
の麻痺を否認したり、気付いても深刻に捉えず無  
関心であるようにみえる (疾病無関心  
anosodiaphorie) ものや、自身の麻痺を嫌悪し  
たり (misoplegia)、作話的な語りをするこ  
ともある。広義の病態失認 (anosognosia) のひとつ  
の型。「身体図式」「身体意識」の変容によるもの  
と考えられているが、未だ確実な説明仮説はない。

註8 キアスム (chiasme 仏)  
ギリシャ文字の「X (カイ)」に由来し、一般的  
には交叉配列を意味する。見るものと見られるもの  
が相互に可逆的に侵蝕し合っている状態。メルロ  
＝ポンティが、「私」も世界と同じ「肉」という  
素材で成り立っており、それだからこそ「私」と  
物あるいは世界とが同時に生起すると説明する  
とき、「肉」における「私」と「あなた」、「私」  
と「物」とが反転可能な関係をキアスムと呼んだ。  
つまり対立関係にあるのではなく、一方が他方に

# 認知運動療法フォーラム

裏打ちされるかたちで両者の差異が生じるような関係のこと。

註9 ジェームズ・ジェローム・ギブソン

(James Jerome Gibson, 1904 - 1979)

アメリカの心理学者であり、アフォーダンス (affordance) の概念を提唱して生態心理学の領域を開拓した。アフォーダンスとはギブソンによる造語で、環境が生態に対して提供する情報・意味のこと。「能動的触知 (active touch)」への概念転換や運動と知覚の円環性を提言した。

註10 アレクサンドル・ロマーノヴィッチ・ルリア

(Alexander Romanovich Luria, 1902 - 1977)

ロシアの神経心理学者で、高次脳機能障害の病態分析を研究の中心に据え、脳損傷後の機能回復の可能性を探究した。また「運動は認知過程の最後の鎖である」と述べ、数量化する科学 (クラシカル・サイエンス) ではなく「記述する科学 (ロマンティック・サイエンス)」の重要性を示した。1924年から1934年までは発達心理学者のヴィゴツキー (Lev Semenovich Vygotsky, 1896 - 1934) とともに子供の心理発達の研究に従事している。

註11 志向性 (Intentionality)

フランツ・ブレンターノ (Franz Clemens Honoratus Hermann Brentano, 1838 - 1917, オーストリア) の心理学・哲学から、フッサールの現象学において引き継がれた意識のもつ特性のこと。すべての意識は何ものかについての意識であり、常に一定の対象に向かっていること。

註12 クオリア (Qualia)

感覚質、質感あるいは「〜の感じ」と訳される。あらゆる感覚経験は感覚受容器を通して知覚されるが、それにはそれぞれ独特の質感が伴って

る。物質である脳のニューロン活動からなぜこのような主観的な意識経験が生まれてくるのかという謎の解明は「意識のハードプロブレム (難しい問題)」と呼ばれ、現代科学を持ってしても解けない。例えば人が痛みを感じる時、脳内の電気信号自体は、「痛みの感触そのもの」ではなく、脳が特定の状態になると痛みを感じるという対応関係こそあるものの、両者は別のものである。クオリアとは、ここで「脳の状態」だけからは説明できない「痛みの感触それ自体」にあたるものである。現在まで脳神経科学、認知科学、工学、理論物理学、哲学など様々な立場から議論が続けられているが、なぜこのような一人称的感覚質が生まれるのかははっきりと説明されていない。

註13 ハビリテーション (Habilitation)

新たに能力を獲得すること。先天性もしくは幼少時からの障害児を対象とするリハビリテーション。成人の Re-habilitation とは、元々獲得していた能力が一度失われ、再びその能力を獲得していくという意味で使われる。

註14 現象学的還元

還元はフッサール現象学の根本的方法概念。自然なものの見方に含まれる憶見およびそれにつきまとっている暗黙の信根、その条件を吟味するために、いったんこの憶見による自然と思える確信を意識的にエポケーする (取り払って、判断を保留するあるいは括弧入れにする)。この作業の繰り返しは〈還元〉である。