

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 17 日現在

機関番号：32202

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2012～2014

課題番号：24652007

研究課題名(和文)理学療法学と精神医学の臨床知見に基づく発達神経現象学の理論構築

研究課題名(英文)Theory construction of developmental neuro-phenomenology based on clinical experiences of physiotherapy and psychiatry.

研究代表者

稲垣 諭 (Inagaki, Satoshi)

自治医科大学・医学部・教授

研究者番号：80449256

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,700,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、リハビリテーション臨床、及び精神科臨床の知見に基づき、発達-神経現象学的な理論構築を行うものである。研究成果として、(1)ミクロニューロン系とマクロ行動系をつなぐものとしての体験概念の分析、(2)神経系を含む安定した(レジリエントな)システムの特性解明、(3)体験カテゴリーの不全にかかわる統合失調者の症例検討(4)精神医学領域と理学療法学領域との接合点となる経験の場としての「臨床」という医学的実践についての哲学研究を行った。これら研究成果を通じて臨床における治療の試みが、神経系の再発達を促すものであると同時に、それ自体が発達的に理解されるべきプロセスあることが明らかになった。

研究成果の概要(英文)：Our research program aims to construct a theory of the developmental neuro-phenomenology based on clinical experiences of rehabilitation and psychiatry. As research outcomes we present the following: 1)analysis of living experience (Erlebniss) as a concept organizing the relationship between micro-nervous system and macro-behavioral system, 2)elucidation of features of stable / resilient system including central nervous system, 3)a case study of schizophrenia derived from an inadequacy of living experience category, 4)philosophical investigation of medical practice as clinical process through which a platform for rehabilitation and psychiatry will be produced. Through these results it became clear that the medical treatment should be organized to facilitate continually re-development of nervous system with help from living experiences of patient and simultaneously that the medical practice itself could be apprehended as developmental process analogically.

研究分野：現象学

キーワード：現象学 発達 体験 レジリエンス 代償 ナラティブ 中枢神経系 リハビリテーション

1. 研究開始当初の背景

中枢神経系疾患、整形疾患といったリハビリテーションの治療訓練現場では現在でも、外科手術や投薬治療とは異なり、劇的な回復や特効薬がほとんど存在しない。一見すると患者には遅々として何の変化も起きず、何が治療訓練なのかも明確ではない経験に溢れている。このことは、投薬の有効性の不安定さに翻弄される精神疾患においても同様である。

そうした中で申請者は、神経系の変化の仕組みが、体細胞のように増殖分化する仕組みとは異なっており、固有の組織化のモードをもつため、そのことを見越し、さらに患者や臨床家の現象学的経験の内実を考慮したうえで臨床プロセスが組み立てられる必要があると考えるに至った。そのさい現象学的な記述は、これまでの申請者の研究成果に基づき、首尾よく明示化されていない臨床経験を浮き彫りにするのに最適な方法論を提供すると予想された。

2. 研究の目的

本研究は、中枢神経系の変化、再編を、患者が「発達」プロセスを再度生き抜くこととして捉え、「現象学的体験」と「神経系の組織化」という両軸を設定したうえでの「臨床プロセス」が、どのように組み立てられるべきなのかを哲学の知見を手がかりに考察することを旨とした。

実際の探究課題としては、

- (1) 臨床的な治療戦略に直結する神経系の仕組みの分析
 - (2) 臨床現場において患者の現象学的経験が、どのような役割を担うのか、その機能性分析
 - (3) リハビリテーション臨床でも、精神科の臨床でも直面する代償という経験の分析
- を基本設定課題とし、研究の遂行を通じて、以下で記される成果を見出した。

3. 研究の方法

現象学者が、リハビリテーションの治療訓練の現場に立ち会い、臨床家とともに思考を共有しながら、臨床を進めていく研究はほとんど存在しておらず、既存の現象学的研究は、健常者の意識経験を初期設定として記述が進められている。そのため既存の研究を参照しつつも、現象学そのものの記述の方法を新しく開発していかざるをえないことになる。これは、方法そのものを形成しながら進まざるをえないことを意味する。

さらにその記述が経験に沿ったものとなっているのかを吟味するために、実際の臨床場面の視察経験とデータが不可欠になる。そこで本研究は、多くのセラピスト(PT,OT)と精神科医の協力のもと、臨床の立ち会い及び症例データを共有することで、記述の吟味の機会を得た。

二年目以降は、自治医科大学精神科の小林聡幸先生を研究分担者に迎え、上記の課題の

取り組むとともに、統合失調者の臨床知見を参照することも行った。

4. 研究成果

(1) ミクロニューロン系とマクロ行動系をつなぐものとしての体験概念の分析

リハビリテーション臨床でも、精神科臨床でも、治療の手がかりにせざるをえないのが、それぞれの患者がどのような「生を生きているのか」を特定するための「体験」である。片麻痺患者では動かない自分の四肢の体験があり、統合失調者では、逃げることのできない幻聴の体験がある。

この体験は、患者とその身体が、世界にかかわるさいの最小のプラットフォームとなり、世界と患者のかかわりの内実を特定するための臨床家にとっての参照点であり、病的なかかわりそのものを新たに組織するための介入ポイントでもある。

こうしたことに鑑みて、「体験」という概念を現象学が歴史上どのようにして採用するに至ったのか、そして体験概念にふくまれる固有なカテゴリーが何であるのかを明らかにした。

知見として参考にしたのが、現象学における体験の特性だけでなく、現象学の勃興と同時期に生の哲学を展開した哲学者クラゲスの分析である。彼によれば、体験は、意識の機能のひとつではない。体験は生きることに直結してはいるが、それについて意識し、認識することとは独立にも成立する。意識体験という語は、体験のごく狭い範囲を指し示しているにすぎない。その意味では、体験は、「生命のカテゴリー」であり、「精神のカテゴリー」にはなじまない。その意味でも第一義的に体験は、意識性を考慮することなく、行動の変化とその組織化に密接に関連する。

さらに、この体験には固有なサブカテゴリーが存在する。そのひとつが「起こること(起動、創発)」であり、もうひとつが「できること(調整)」である。

たとえば、重度の麻痺では、筋の緊張がそもそも起こらない。それに対して、軽度の麻痺では、筋の異常緊張がすでに起こっている。その場合は、その緊張に対する意識的、身体的な対応能力(度合いの調整)が必要になる。前者では、「起こること」として体験から臨床を組み立てる必要があり、後者は「できること」の体験から介入を行うことが必要になる。

こうした体験カテゴリーを通じて、臨床での介入箇所を特定することが可能になる。とりわけ、行為選択肢が単に抑制されているだけなのか、そもそも選択肢が患者の中に存在しないのかを見分けるさいにも、患者の体験を通じて臨床を組み立てねばならない。患者の報告そのものを鵜呑みにするのではなく、患者自身が気づいてはいない体験を特定し、それを通じた臨床介入を行うことこそが、神経系の組織化にとっても有効である。

(2) 神経系を含む安定したシステム（レジリエントなシステム）の特性の解明

神経系の仕組みを手がかりに、「発達」現象の捉えなおしを試みた。神経系にしる、生態系にしる、それぞれのシステムには安定性を維持するというシステム合理性があり、臨床において問題になる「発達」や「展開」は、システムの安定さと強靭さに適ったものである必要がある。

その手がかりとなる概念として、システムの「レジリエンス」に着目することで論点を展開した。というのも、中枢神経系疾患の治療においてとりわけ顕著となるが、大脳神経系の組織化の仕組みを踏まえると、病前と同様の神経ネットワークの再現はありえないことから、その場合の回復や寛解とは、システム（個体）の「再発達のプロセス」として、しかもレジリエントな発達プロセスとして考慮せざるをえなくなるからである。

神経系に機能障害が起きるほどの変化が生じたさい、膨大な神経細胞はシナプスネットワークを再編する。それは自分たちの生存をかけた戦いでもある。ここでの生存戦略に、発達の基本モードと、レジリエントな発達のための治療の工夫余地とがある。

本研究では、レジリエントなシステムがもつ特性を以下のように剔抉した。

- 多様性の確保と複雑さの維持
- 中程度攪乱の寛容性と耐性の強化
- 並行分散型ネットワークの確保
- 代替ネットワークの確保
- 中枢制御系の不在
- 単離可能性の吟味
- 冗長性の活用

神経システム、身体動作システム、心的システム、いずれもレジリエントなシステムには、これら特性が結果として見出されると想定できる。ただし、これら特性が必要十分条件であるのかは未決であり、これら以外にも多くの特性があると想定しておいた方がよいのは言うまでもない。さらにこれら7項目は相互に機能化、もしくはサブカテゴリー化することができ、それぞれの項目を臨床の中でどのように配置し、展開するのかに応じて、臨床における手続き的指針のひとつとなることを明らかにした。

(3) 体験カテゴリー「できること」の不全にかかわる統合失調者の症例分析

行為緩慢を主症状とする統合失調症症例の病態を身体に焦点をあてて、現象学的、システム論的に解釈する試みを進めた。この患者の状態をシステム論的に考察すると、「認知システム」と「身体容器システム」、それから「動作システム」として差し当たり区分できる。問題になっているのは、身体容器システムと動作システムのデカップリングで

ある。このデカップリングのため動作システムの作動に頻繁に反復動作が差し挟まれる。身体容器システムはその変容に気づいており、それを認知システムが言語を用いて記述すると「タイミングが合わない」という表現に結実する。他方、認知システムは明らかな幻覚妄想状態には至っていないものの、病的組織化をきたしており、動作システムの変化にも比較的無頓着となっている。デカップリングにより生じた身体感覚のずれが、現象学的な時間論からみた瞬間的・断片的時間に相当するものと思われた。

他方、統合失調症の身体動作や身体感覚と発達の問題にアプローチするため、1960年代に Glatzel によって提唱された内因性若年無力-不全症候群の長期経過フォロー例の検討とともにこの症候群の報告例の検討を行った。この症候群は独特な身体感覚の障害とともに疎隔体験と思考障害を三主徴とするものである。通常は明らかな統合失調症にまで至らず、これら三主徴が長期にわたって持続するものであり、統合失調症の不完全型として発達論的な把握が可能と思われるものである。30年の経過を追った症例ではパーソナリティ機能の低下が顕著に進行しており、身体感覚、現実の構成などが思考の水準においてパーソナリティ機能と密接に関連して障害されているものと推測された。

さらに、うつ病の焦躁という精神と身体境界に存在する症状を相上に上げ、うつ病の身体認知のあり方についての考察の端緒を試みた。

(4) 精神医学領域と理学療法領域との接点となる経験の場としての「臨床」という医学的实践についての哲学研究

発達現象と臨床とは、直接関連するものではない。とはいえリハビリテーションや精神医学の臨床で行われているのは、患者と医療従事者との関係性の中で経験が進展すること、そしてそれに応じて患者の経験が再編され、病理が変化することである。そしてこの経験の進展や病理の変化は、患者当人の心や身体の組織化の水準が切り上げられ、別のモードを獲得することでもある。ときにそれは、悪化や停滞の途をたどる場合もある。

その意味では、臨床における経験の展開は、発達現象の理解にも十分応用できると考えられる。また特に最近では、根拠に基づく医療（EBM）とナラティブ・メディスン（NBM）とが両軸となって、医療臨床が組み立てられる方向が推奨されているが、そうした現状においてリハビリテーション医療と精神医学の臨床では何が行われているのかを確認する必要に迫られたとも言える。

現在の医療行為の組み立ての力点は、「原因療法」や「特定病因論」という発想から、「予防医療」や「多因子病因論」へと移行している。多因子が病理にかかわっているということは、そのつど因子の関係性のネットワ

ークを見定め、因子間の調整を行いながら病理の陽性化を抑え、それと付き合っていくということでもある。そしてこのことは、体験カテゴリーでいえば「調整」という側面が、医療行為そのものにとっても重要になっているということである。

子どもが発達するさい、遺伝的素因と環境的素因のどちらかによって方向性が決定づけられるわけではない。それぞれの影響度は五分五分だというのが、最近の発達科学の知見でもある。つまり、発達においても重要なのはいつでも「調整」プロセスであることになる。臨床というプロセス自体が、発達の進むという視点は本研究において見出されたひとつの成果である。

次に、発達の臨床プロセスには、「物語」の出現が同時に起こる。つまり、「医療従事者」と「患者」、「患者関係者」の間での「意味のある物語」の構築および共有が行われるのである。さらにこの「物語」は、とりわけ患者の体験からも裏打ちされることで、実際に治療効果のひとつとなる。

物語の経験（ナラティブ・アプローチ）が臨床にとって重要なのは、それが1) 種々のシステムの連動関係に働きかけることができるからであり、2) 当事者の体験世界の変容や拡張と接続しうる選択肢を与えることができるからである。この問題は、ナラティブという経験に含まれるプラセボ効果を最大限に引き出すことでもある。

臨床は、絶えざるプロセスの連続からなる。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、臨床的ななかかわりの中でしか見えてこない病理があることが、臨床の視察を行うことで明らかになった。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。

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。

そうした臨床の固有性を示す5つの原理を明らかにした。詳細は以下である。

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

臨床原理2): 臨床的還元

臨床原理3): 臨床内病理の洞察

臨床原理4): 臨床内真実の発見と活用

臨床原理5): 前修正と後修正の差異

1) は、病態にとっての局面を変えるほどの重大な変化が、矮小化され、見過ごされることを示している。患者本人には気づかれないため、臨床家の細心の注意が必要な場面でもある。

2) は、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ための原理であり、臨床プロセスの中で見えてくる病理に迫るさいに、典型的あるいは習慣的な臨床の誘導を避けるための原理である。

臨床の誘導のモードとしては、以下のものが挙げられる。

- ・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、

- ・患者の発言の安易な受け入れによる誘導、

- ・転移性感情の固着による誘導、

- ・みずからの病態仮説による誘導、

- ・過去の成功例ないし反復例に基づく誘導、こうした誘導のモードに自覚的になるために2)が必要になる。

3)4) は、臨床家が経験とともに蓄積する臨床プロセス内でのみ有効な病理の観察、たとえば「統合失調症臭さ」や「違和感」、「片麻痺っぽさ」のようなものであり、臨床を離れば疑似科学に振り分けられるような経験である。こうした経験に支えられて初めて臨床が進むことがある。

5) は、これも臨床内真実である「直観」の働きにかかわる。有能な臨床家の直観は、修正や訂正ができない確信ではなく、むしろ大量の修正行為の蓄積として成立するものであり、それが観察者にとってうまく見えてこないだけである。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。この直観を臨床においてどのように活用しているのかは、さらなる探究が必要となる。

代償というシステムの安定化戦略とその解除の必要性。慢性疾患の臨床においてたびたび起こるのが、「発達」の停滞、つまり、システムが疑似的な安定状態にとどまり、それ以上展開できなくなることである。ここに「代償」と呼ばれる問題が見出される。

この代償の問題を明示していたのが、現象学ともかかわりの深い、脳病理学者のK. ゴルトシュタインである。代償の意義について、彼は、「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」と述べている。

患者の病理が安定しているさいに、それが代償的な安定なのか、健全な安定なのかを判定する必要が出てくる。このシステムの健全さを何が積極的に決定するのは、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。それに対して本研究では以下の指標を取り出した。

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、その移行可能性を放棄していること(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。

個々の臨床場面では、患者の中に複数の安定化を作り出すことが肝要になる。それには、上記の健全なシステムの指標を手がかりに、患者にとっての「最近接領域」を見つけ出し、その境界線上に適切な訓練課題を提示していくことである。

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。そうしたことの継続が、患者のシステム内に新しい

選択肢と安定化のための多様な手がかりを見出していくことにつながる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計6件)

1. 稲垣 諭、レジリエンス再考 心的システムの安定モデルを構想する、「エコ・フィロソフィ」研究、査読無、vol.9、2015、219-233
2. Kobayashi, T., Yasuda, M., Kato, S., Endogenous juvenile- asthenic failure syndrome: thirty-year follow-up of a case、Journal of Psychology and Clinical Psychiatry、査読有、2014、00025 1/4 - 00025 4/4
DOI: 10.15406/jpcpy.2014.01.00025
3. 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、査読無、vol.8、2014、139-152
4. 稲垣 諭、プロセスとしての臨床(2) 臨床-内-存在の現象学、「エコ・フィロソフィ」研究、査読無、vol.8、2014、153-172
5. 小林聡幸、稲垣 諭、動作の反復による行動の緩慢を認めた統合失調症、臨床精神病理、査読無、35巻、2014、110-111
6. 稲垣 諭、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、査読無、vol.1、2012、45-57

[学会発表](計11件)

1. 大塚公一郎、稲垣 諭、眼差し・声・規範の観点からみたアスペルガー障害における反社会的行動、第37回日本精神病理学会、2014年10月5日
2. 稲垣 諭、哲学は経験の事故にどのようにかかわるのか、リハビリテーションとナラティブ講演会、2014年8月30日
3. 小林聡幸、うつ病における焦躁の精神病

理、第 110 回日本精神神経学会、2014
年 6 月 28 日

4. 稲垣 諭、整形疾患という問い、第 22
回神経現象学リハビリテーション研究
センターコロック、2014 年 6 月 28 日
5. 稲垣 諭、プロセスとしての臨床(2)
臨床内存在の現象学、自治医科大学精
神科医局集団研究会、2014 年 2 月 20 日
6. 稲垣 諭、透明な身体に向けて リハビ
リテーションと現象学、栃木県認知運動
療法研究会、2014 年 1 月 12 日
7. 稲垣 諭、臨床というプロセス、第 5 回
人間再生研究会シンポジウム、リハビリ
の制作と倫理、2013 年 12 月 15 日
8. 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、第 30 回日本現象学・社会科学会、
記念シンポジウム、2013 年 11 月 30 日
9. 小林聡幸、稲垣 諭、動作の反復による
行動の緩慢を認めた統合失調症、第 36
回日本精神病理・精神療法学会、2013
年 10 月 12 日
10. 稲垣 諭、A phenomenological approach
to environmental designs that can
expand human health, 23th world
congress of philosophy、2013 年、8 月
6 日
11. 小林聡幸、レジリアンスと統合失調症、
第 10 回名古屋サイコソーシャルリハビ
リテーション研究会、2013 年、2 月 16
日

〔図書〕(計 2 件)

1. 山田利明、稲垣諭、河本英夫編、春風社、
エコロジーをデザインする：エコ・フィ
ロソフィの挑戦、稲垣諭、健康のデザイ
ン 建築と覚醒する身体、2013、
272-299
2. 福田正人、糸川昌成、村井俊哉ほか編、
医学書院、統合失調症、小林聡幸、回復
過程論、2013、143-148

〔産業財産権〕

出願状況(計 0 件)

名称：
発明者：

権利者：
種類：
番号：
出願年月日：
国内外の別：

取得状況(計 0 件)

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
出願年月日：
取得年月日：
国内外の別：

〔その他〕
ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

稲垣 諭 (INAGAKI Satoshi)
自治医科大学・医学部・教授
研究者番号：80449256

(2) 研究分担者

小林聡幸 (KOBAYASHI Toshiyuki)
自治医科大学・医学部・准教授
研究者番号：70296101

(3) 連携研究者

()

研究者番号：