

## 脳性麻痺のリハビリテーション —身体の復権のために—

重症心身障害児施設ソレイユ川崎 理学療法士 人見眞理

キーワード： 脳性麻痺、リハビリテーション、身体、システム、病態解釈

### はじめに

脳損傷の事実だけでは、リハビリテーションの指針にはならない。そこで、診断（病型分類）とは別系列でリハビリテーションの理論と実践を組み立てる必要がある。しかし、理論は常に仮説でしかなく、実践は常に試行錯誤でしかない。そうしたリハビリテーションの在りようがかろうじて許容されるためには、それが常に対になっている必要があると考えている。

### 理論構築のための仮説

理論構築のための仮説には、例えば次のようなものが含まれる。

- 1) 周産期や乳幼児期の脳損傷による随意運動障害は、健常であれば不定形な随意運動や他者との交流によって自動的に得られるはずの、「展開性」あるいは神経システム（ネットワーク）の構築（再組織化）のされ方に影響する。
- 2) それは、展開的と言うよりは、生存のための必要性に応じた代償や取捨選択の中で獲得された知覚や機能を繰り返し強化するような、循環的な安定を（とりあえずは）志向するように思われる。
- 3) 表面に現れている障害像（正常発達からの逸脱または遅滞）は、本人なりの再組織化すなわち安定化に向かっている姿である。（それは多くの場合、生存にとってその場しのぎの安定であり、システムは全体として破綻に向かう。）
- 4) 安定しようとするシステムにとっての不安定要因とは、身体が存在そのものである。身体は常に、なんらかの感覚入力を脳に送り、それへの対処を促す。
- 5) 従って、システムの安定化は、当面の生存にとって不要な身体情報を無視（消去）するか、どのような入力に対しても同じ出力回路を使うことによって図られる。
- 6) その結果、身体は、本人のシステムの中では、ただそこに在るだけの物理的な存在として、物理的な影響下に置かれるか、出力の一定の様式の影響下に置かれることになる。関節拘縮、変形、姿勢の異常などの身体に現れる「障害」は、その結果である。知覚、注意などの認知面の障害として評価されるものは、安定したいシステムが採用しているネットワークの一面である。当然の帰結として、志向性、身体内

感などの発達展開性の要素が制限または封印されている場合が多い。

- 7) 正常発達からの逸脱または遅延を量的、時間的、外観的な観点から観察するだけでは、リハビリテーションの具体的な実践の方針とはならない。表面的に現れている「障害」がどのような背景（安定を志向するシステム）と共にあるのかということを読み解くことが、実践のための最初の評価となる。
- 8) 従って、理論のための仮説には、実践のための仮説が含まれる。実践をとおして常に吟味されなければならないのは、この、実践のための仮説と、それに先立つ評価（病態解釈）である。
- 9) リハビリテーションの目的は、安定を志向するシステムに、不用意にあるいは強引に不安定要因を持ち込むことではなく、現有のシステムと身体との関係を仲介し、システムの側に変化（差異）への柔軟性が生まれることによって身体のあり様も緩やかに変化するという展開を得ることである。
- 10) 実践における効果は、本人の身体面および行為の変化として確認される。また、その変化の中に、自動的な展開性の要素が含まれているかどうかという点から評価することができる。

### 実践のための手続き

セラピスト側から見える「障害」は全て「出力の異常（過剰、過少、調整不全）」という様相を呈し、その多くは定型的である。セラピーは、そうした定型的な出力を生む定型的なネットワークが採用されているシステムに対し、身体の側から注意深く差異を持ち込む形で進行する。

出力は同時に入力となるという観点から、出力の様式を換えられれば入力の内容や質も変わり、発達に向けた再組織化が得られるかのように考えられがちであるが、出力の様式を他者が換えることによって得られる入力は、他者に換えられた出力という入力である。それは当面の生存にとって好ましい変化であればあるほど、刺激反応様式による循環を強化し、身体を状況限定的な枠組みに固定する（すなわちシステムには差異が持ち込まれない仕組みを強化する）。

従って、結果的に本人の身体とシステムとの関係が展開的に変化する方向へ向かうためには、それへ向けて「仕掛ける」という方法を取らざるをえない。そのためには、以下の手続きを省略しないことが肝要であると考えている。

- 1) 実践（セラピー）のための仮説を得るために、病態解釈を行なう。
- 2) 病態解釈とは、セラピストの現実として見えている異常性の背景の読み解きである。すなわち、安定を志向するシステム、あるいは掻き乱されようとしているシステムの読み解きであり、真の病理はどこにあるかという問いへの一応の解答を作ることである。往々にして、病態として、現象の原因となる現象が提出されがちであるが、原因と結果という形式で見えているものは、依然としてセラピストの現実である。病態解釈は、本人が直面している不整合に言及するものとなる。
- 3) そこから、実践（セラピー）のための仮説的な方針を立てる。これには、当面の手

掛かりとする具体的な身体部位やそのあり様が含まれる。

- 4) 方針が当面支持されるかどうかは、少なくとも当該身体部位を含むネットワークに差異が持ち込まれる余地を感じ取れるか、すなわち、差異を持ち込む場として想定された身体部位やあり様は適切なものか、また、病理として仮説されたシステムの変化につながる余地があるか、という吟味によって決定される。
- 5) 方針は多かれ少なかれ常に修正される。それは、一回～数回のセッションで、病態解釈が更新されるからである。
- 6) すなわち、セラピーにおいて、子ども（患者）との「やり取り」が成立しているとしたら、彼らのシステムは既に同じ環境にはなく、彼らの振る舞いは、なんらかの病理やシステムの持つ傾向を、改めて浮き彫りにするからである。このとき、差異を持ち込む場や病理の在り処を見直す機会となる。
- 7) 「やり取り」の成立は、セラピーにとって必須である。それは、表面的には「セラピストと共に」という関係性に向き合うことであり、本人にとっては世界に向き合うことのシミュレーションでもある。しかしより厳密には、本人のシステムが世界の差異に向き合うことのシミュレーションである。時に、真に向き合うこと自体を巧妙に退ける病理もある。したがって、セラピストは、シミュレーションをシミュレーションするかのような擬似的な「やり取り」に対しては敏感である必要がある。
- 8) なんらかの（微細な）「展開」が得られたと感じられたなら、それまでの仮説をほとんど捨てるかのようにして、改めて病態解釈に向かう必要がある。そうした、相手の自動展開性に間髪を入れずに寄り添うことができるかどうかは、その場でのセラピストとしての臨床的態度（測度）による。（セラピストが、個人的なレベルで啓発しあい、思考を深める必要がある所以である。）
- 9) 方法的には、本人の展開可能性に向けられたものであるかどうかという一点から、毎回検討を加える。

## 症例供覧

<症例 1>

概要：

5歳11ヶ月 男児

在胎36週、2930gで出生。空腸閉鎖があり、生後5日目に手術を受けている。術後5ヶ月間ICUでフォローされた。低栄養状態と説明されたとのこと。1歳6ヶ月時に脳性麻痺の診断を受ける。大脳基底核に小さな梗塞があると説明されている。

7ヶ月時より他施設にて理学療法開始。当施設における初診は2歳11ヶ月。週1回の頻度（一回60分～80分）で3年間定期的に理学療法を実施し、現在も継続中。



図1. 症例1（2006年4月頃）

少しの接触や音などで、一気に反り返っていた。

#### 初期外部観察：

未定頸。主に接触刺激を契機として筋緊張が低下した状態から瞬間的に亢進状態へ移行し、しばらく戻れない(図 1)。発語は発声程度。母を呼ぶなどの目的的な発声はない。著明な関節拘縮はないが、脊柱は軽い左凸側彎傾向あり。自力での体位変換、移動は不可。常時咽頭喘鳴あり。経口摂取可（ペースト食）。アイコンタクトは不明瞭。対象物の注視、追視も不明瞭だが、母が視界に入ると、数秒後にニッコリすることが多い。柔らかい音、メロディーなどでも同様だが、強い音や突然の音には反り返りが誘発される。

#### 初期内部観察：

身体とは唐突に急激な筋収縮を感じさせるものであり、世界は、自分の気づきとともに転覆したり、新たに何かを感じ取る暇などないほどの規模と速さで変動したりする。そうした世界に気づくたびに、毎回驚愕し混乱してしまう（ために急激に反り返ってしまう）。

#### 初期病態解釈：

視覚や聴覚を自分からは使わずに、前後の脈絡なく入る強い筋収縮には非対応でいるという安定のしかたが見出されている。

#### 治療のための初期方針：

自分の身体や世界と関係性を構築するための準備として、知覚した対象や自分の身体に持続的に向かう、様々に感じ分けるなどの経験が必要である。

#### 訓練内容と経過：

視覚（注視、見比べ、追視）（図 2）と接触（触ったことや触ったものが変わったことに気づくだけでなく、そこから連続して触っている感触を感じ取る）と動き（身体の重さがかかる部位の変化として、身体全体の向きに上肢や頭などの身体部位を一致させることとして、セラピストや母に近づくこととして）を主要なテーマとした課題をおこなった。

- ・ 約 3 ヶ月後～注視と追視が確実に見られるようになった。
- ・ 約 6 ヶ月後～ゆっくりとした姿勢変換の間じゅう何か（おそらく重さの変化）に注意を向けていることができるようになった。またこの頃から共同注視も見られるようになった。
- ・ 約 1 年後（3 歳 11 ヶ月）～見ているものが動いてもあまり驚かなくなり、むしろ動きを注視したり、同じ動きを見せると最後にニッコリしたりするようになった。またこの頃から話しかけに喃語のような発声で応じるようになった。しかし、大きな動きには、それが外界で起こるも



図 2. 症例 1（2006 年 7 月頃）

頭の重さが本人の肩に乗る位置を保持しながら、座位で視覚的な注意を向ける訓練。見えにくいところから出てくるものに気づき、注視し、追視するよう促す。

のであれ（何かが急に近づくなど）、自分に起こるものであれ（バギーに乗って移動するなど）、四肢に放散反応が著明に出現する状態が続いた。また、足底への荷重にはあまり注意を向けていない様子であった。

- ・ 約 1 年半後～何かに驚いて反り返ってもその後自分で戻ろうとする動きが出るようになった。
- ・ 約 2 年後（4 歳 11 ヶ月）～動きの中で四肢へ荷重されてもそれに対する変化がない状態は続いている（動かしてもらうのを待っている様子）。呼びかけに四肢の動きや目をそちらに向けようとする動きが見られるようになり、大きく動くとき（抱き上げてバギーに乗せるなど）には、これから行く先を見せて説明するように話しかけると、反り返らずに移動でき、移動した後にニコリするようになった。
- ・ 約 2 年半後～ぬいぐるみを見せると笑いかけたり喃語様の発声が見られたりするようになった。座位でテーブルの下から人形が出てくるとニコリしたり、「バイバイ」と言うとき泣きそうな顔になったりするようになった。
- ・ 約 2 年半後（5 歳 5 ヶ月）～仰臥位で、一側から呼ぶとまず目、次に頭、さらに自分でそちらを向こうとする動きが確実に見られるようになり、骨盤の回旋を手伝うと自力で向くようになった。上側の上肢も時間はかかるが自力で持ってくるか、手を当てるとそこにすっと置けるようになった。

「ママの方」「バギーの方」など、よく知っているものの名前を出すと、そこへ向こうとする（探そうとする）ようになった（図 3）。毎回使っているぬいぐるみのうち、しばらく見つめてから必ずニコリするものが出てきた。

一緒に触るときに、右上肢に伸張反射が見られるときには左は脱力状態となり、左上肢で触っているうちに左手指に伸張反射様の動きが出始め、右は緊張が解除されるということがわかってきた。また、どちらかと言うと、右向きでいることが多い傾向もはっきりしてきた。

母は、自分の様子をよく見ていたり、声掛けでこちらの意図が通じていると感じるようになった。

現在の病態解釈と仮説的治療方針：

随意的な粗大な動きが意図に一致したものとして出始めている。その際、動く方向や到達点は明確に意識されているように思われる。世界が動く、あるいは自分自身がそこへ向かう（動く）ということがどういうことなのかを了解できてきたと感じる。また、感情的な表出が、母や周囲の人（保母、セラピストなど）やよく知っているぬいぐるみなどとの関係性の中で自然に出るようになった。しかし、自身の中で何らかの表出につな



図 3. 症例 1（2008 年 11 月）

「ママの方に向いてごらん」と言うと、母がいる側に目を向け、何とか頭や手足を動かそうとする。

がるまでに相当の時間がかかっている（ために他者に中断させられることは多い）。また、対象に対するリーチでの振る舞いから、左半球中心の動きが形成されつつあると感じる。視覚と特に上肢の動きが一致して起ころうとしているのを感じるが、逆にすぐには見えない下肢への注意が少ない。

今後は、左右の連絡や統合、全体の動きと骨盤や下肢の動きとの関係性、足底の圧と自分自身の動きとの関係性などを課題にしていく必要があると感じている。

#### <症例 2>

概要：

4歳6ヶ月 女児

在胎38週、2611gで出生。仮死あり、低酸素性虚血性脳症、症候性てんかんの診断。3ヶ月入院。

4ヶ月時より地域の療育センター利用。その後、てんかんセンターに6ヶ月間入院。

その後は近医（大学病院）でフォローされている。脳波診断上、てんかん発作は後頭葉から起こっていると説明されているとのこと。

当施設初診は2歳9ヶ月時。一旦訓練開始したが、3歳時にボイタ法訓練のため母子入院（当施設初診前に決まっていたとのこと）し中断。その後3歳11ヶ月より当施設での理学療法を再開して現在に至る。週1回（一回60分）の頻度で継続中。

初期外部観察：

未定額。常に不愉快そうに眉間に皺を寄せている。10秒前後の小規模なてんかん発作が10分に1回程度見られる。上下肢を不定形に動かすが目的的不是。他動的に四肢を動かすと泣く（何もしなくても泣き出すこともある）。発作時は、「うー」という小さな発声とともに、眼球、頭が右へ行き、手足を硬直させる。肩、肘は覚醒時には他動的にも伸展が困難であるが、睡眠時には全可動域を抵抗なく動かすことができる。頭は常にやや右へ向いていることが多く、左上下肢は伸展傾向、右上下肢は不定期にぎこちなく動かす傾向がある（泣くときなど）。母は「抱っこしていないと泣いてしまう。まだ一度も笑ったことがない」と。

再開後も上記とほとんど変わらない印象を受けた。

初期内部観察（再開後）：

自分から何かに向かうということなく、ただ身体に感じられる様々な外力の中で為す術もなく困り果てている。何か身体内に感じられる不愉快さがあり、それが何かはわからないことがまた不愉快で、人に触られたり動かされたりすることが、新たな不愉快さを上乗せすることになっている。抗てんかん薬を飲みながらも小さなてんかん発作は頻発しており、どこかからどこかへ繋がるとか自分がどこか（何か）に到達するといった経験よりは、繋がろうとしては断ち切れ、到達しようとしてはそこが立ち消えるような経験を蓄積している。身体は常にその経験とともにあり、抱っこ以外に落ち着く先を見出せていない。

初期病態解釈：

どこへも繋がったり到達したりする必要のない場所（抱っこ）に身体を置くことを欲す

ることで、断ち切られたり立ち消えたりすることによって頻繁に安定を乱されることを防ごうとしている。

治療のための初期方針：

世界に向かうための手掛かりを得る必要がある。自分の身体についても、感じ取る、感じ分ける、持続的に注意を向けるというような経験を積み重ねる必要がある。

訓練内容と経過：

世界に向かう手掛かりとして、注視から少しずつ追視、見比べにつなげることと、見ているものに触る、さわってから見るなど、自分の身体部位とその動きとを一致させることを主要なテーマとした。自分の身体に向かう手掛かりとして、一定のリズムで移動する圧や接触を感じ取ることと、ある身体部位から身体全体へとつながる動きを感じることを主要なテーマとした。再開後から現在までの約6ヶ月間の変化として、

- ・ 注視できたと思えた瞬間にてんかん発作が起こるという状態から、狭い範囲での追視が可能になった（長く提示したり、二つを見比べさせたりすると、発作につながるが多い）。
- ・ 視界の端に何かを提示すると、目を閉じたまま頭だけ向けることが増えた。しばらく待っていると開眼し、注視する。
- ・ 頭の動きが以前より自由になり、正中に保持（介助）しやすくなった。
- ・ 不機嫌そうに上下肢を動かしているときに、ある身体部位から徐々に身体全体の大きな動きにしていくと静かになり表情も穏やかになる。やめるとまたバタバタする。動きたいという意思を感じられるようになった（母も同様に感じていた）。
- ・ 素材の差異にもじっと注意を向けている様子が見られるようになった。
- ・ 泣く以外に表情が大きく変化することはないが、不機嫌以外の表情が増えた。
- ・ 接触と視覚とを合わせいく過程で、肩の放散反応が軽減するようになった。

などが挙げられる。

現在の病態解釈と仮説的方針：

視覚的に世界が「見える」というところまでは来ている。また、その気づきと頭の動きは一致しつつある（図4）。ただ防御的に抱っこを求めるだけでなく、「動く」という自分の身体に起こることに快を感じられるようになってきている。本人の志向性の質が変化してきた。それに伴い、頭や上肢を他動的に動かしやすくなったことから、恐らく、身体に感じる不快感に伴う放散反応として、肩、頸部などの緊張亢進があるものと思われる（発作がいつも以上に頻発するときは抱っこしていても機嫌が悪い）。



図4. 症例2（2008年11月）  
提示されたものを短時間、注視することができるようになった。

今後、差異の感じ取りや展開していく（繋がっていく）ことを子どもらしく快と感じる経験を蓄積していく必要がある。てんかん発作の発現に至る前に休止を入れるなど、限りなく連続に近い断続的な感じ取りとして、視覚と接触、視覚と運動、視覚と運動と接触など、モダリティ間の繋がりを作ることを課題にしていけるのではないか。

まだ、特定の他者（両親やセラピスト）に向けた表出はない（誰が抱っこしても泣きやむ）。自分の身体とともに特定の他者がいるということへの気づきは今後のテーマとなると感じている。外界に向かうということの中に組み込んでいく必要がある。

### <症例 3>

#### 概要：

1歳2ヶ月 男児

在胎41週、3202gで出生。体重増加せず2ヶ月入院。1歳時体重5900g（6ヶ月時から100g前後の増減を繰り返している）。PVL（脳室周囲白質軟化症）疑いと言われているだけで、脳損傷の存在は明確には指摘されていない。脳波の異常もない。アトピー性湿疹あり。5ヶ月から離乳食開始。特に極端に少食というわけでもなく、検査の結果ホルモンの異常もないと診断されている。

当施設初診は6ヶ月時。最初の2ヶ月は月2回の頻度とし、その後週1回の頻度（一回約60分）で理学療法を実施し現在に至る。食事内容などについて栄養指導も受けている。

#### 初期外部観察：

未定頸。全身に力を入れて伸び上がるように反り返る動きがあり、新生児の Moro 反射様のしがみつく（空を掴む）ような動きが見られた。話し手の顔や周囲を見つめ、動く物を左右に追視することもできた。ベビーカーに座らせたり、膝の上に座ったりするのを嫌うということで、お父さんが横抱きに抱いて揺すっていた。医師が聴診器を当てようと近づくと泣き出し、看護師があやそうと抱っこするとよりいっそう号泣した。抱っこをしても散歩に出ると泣いてしまい、風が吹くとさらに泣くということであった。両親の声掛けには微笑むこともあり、両手を持って揺すったり抱っこで揺らしたりす



図 5-1,2 症例 3（2008年5月）

仰向けで手で何かに触らせるとそれをじっと見つめているが、少し姿勢を横向きにしようとしただけで、泣き始めてしまう。



ると笑うこともあった。

その後、定期的にセラピーを行なう中で、姿勢変換をさせられる（または抱っこ紐などの狭い場所でじっとさせられている）ことを極端に怖がること（図 5-1,2）、また、他の人（セラピストなど）やぬいぐるみの人形も、何度同じものを見せてもいつも緊張した表情で見つめているが、色テープを貼っただけのパネルには穏やかな表情で向かい合い、手で触れさせると笑顔を見せるほどの余裕が感じられるということなどが観察できた。しかし、視界に入らないところで自分の手や足に何かが接触してもすぐに目を向けることはなく、気づかない様子でさえあった。特に下方への追視はすぐに途絶える。上肢は常に肩が後退しており、手指屈曲位でいることが多い。空腹や眠気、蒸し暑さなどの不快な体性感覚にすぐに注意が向き、不愉快で泣いてしまうとそれ自体にも不快を感じてさらに泣くという悪循環となることが多い。

新しいものやその動きなどはじっと注視しているが、笑うことはなく、ふと我に返って振り返ったり泣き出したりする。

両親は、物静かで常識的。親戚や近所の付き合いもあり、落ち着いた家庭。

初期内部観察：

順調に育たない小さな身体は、何かに激しく消耗していることを窺わせる。両親が環境を整えることによって、本人のシステムはかろうじて均衡を保つことができている。

初期病態解釈：

自分の身体やそれを取り巻く外界との関係性を了解していくような時期と場面で、自分の身体へのベクトルの強度を測量するような注意が働いてしまう。特に視界に入ると、そのような注意が働いてしまう。それが働かない方が本人にとっても平和なので、自分のシステムの庇護者としての両親に強い愛着を持っている。

治療のための初期方針：

「測量モード」が働かない状態で体性感覚を感じ取る必要がある。直接見えない身体部位から始め、最後に短時間、視覚と照合する。あるいは、関係性を感じなくてすむ対象に向かいながら、姿勢が少しずつ変化したり戻ったりするを経験する。「測量モード」が発動されたら、こちらは一度撤退する必要がある。



図 6-1,2 症例 3（2008 年 11 月）

セラピストの声掛けや動きに注目し、予測的に笑って待つようになった。また、人形の見え隠れなどに注目して、それを楽しめるようになった。

### 訓練内容と経過：

上記仮説を得るまでに半年近くかかった。仮説を得てから3週間（3回実施）の間に、以下のような変化があった。

- ・セラピストの声かけに笑うようになった。いつも見せていたぬいぐるみに笑いかけ、喃語様に声を出したりするようになった。
- ・大きな体位変換には泣いてしまうが、側臥位で5分以上遊んでいられるようになった（長くなると、下側の肩にかかる重さを感じるのか、泣き出してしまう）。
- ・初めから介助で床座位にすると、しばらくぬいぐるみなどで遊べるようになった（図6-1,2）。
- ・急激な反り返りはまだ見られるが、待っていると戻れるようになった。
- ・大きな姿勢変換には少し我慢した後泣き出すことが多い（図7）。
- ・ぬいぐるみやパネルを見せると、見せた側の上肢が必ず動くようになった。しかし、両側同時に動くことはない。
- ・体重が少しずつ増えだした（1歳2ヶ月時体重6400g）。



図7. 症例3（2008年11月）

大きな姿勢変換には泣きそうになる（少し我慢できる）。

### 現在の病態解釈と仮説的方針：

自分に見えている世界で、自分に対するベクトルの強度を測量するような注意が働いてしまうというのは一種の被害妄想のようであるが、世界をシャットアウトしてしまうこともなく、他者を威嚇したり攻撃したりすることもない。

むしろ本人は、自分自身によって自分のシステム全体が脅かされることで、ただ怖いという思いで泣いていたと感じる（0～1歳として当然）。

無機的なものだけでなく、ぬいぐるみやセラピストにも子どもらしい愛着を持ち始めており、こちらも、他者との関係性の中で少しずつ自分の身体に起こることを了解していくことができるのではないかという展望を持てるようになった（両親と共有している）。肩周囲の放散反応や反り返りには心理的なものが反映されていると思われるが、対象物に接触しようとするとき手指に伸張反射様の緊張亢進と手、肘、肩に放散反応が強まることや、特に右上肢の動きが少なく、視野も左側が優先されやすい傾向は、最近顕著に観察されるようになった。また、左上肢の正中を越えた動きや両側同時に正中に向かう動きに抵抗することが観察されるようになってきた。そのため、左半球損傷や左右の連絡経路の障害の可能性も考え始めている。

現在は、「測量モード」の発動に注意しながら、左から右への視覚的な動きと接触、正中に向かう動き、正中とそこから外れたり戻ったりする動きなどをテーマとして行っている。

<症例 4>

概要：

6歳3ヶ月 男児

在胎30週5日、1542gで出生。1ヶ月でPVLの診断。2ヶ月で退院。定頸7～9ヶ月。寝返り1歳前後。ずり這い1歳3ヶ月。ハイハイ1歳7ヶ月。つかまり立ち2歳3ヶ月。5歳時に股関節周囲や足関節周囲の筋緊張を緩めるため、合計7箇所筋解離術を受ける。その前後に下肢装具（swash）をつけ両手にロフトランドクラッチまたは歩行器を使った歩行練習を中心としたセラピーを受けている。

尿便意あり（夜尿もなし）。自食可能（右手）。椅子の乗り降りも自力で可能。車椅子の自操可能（最近）。手を洗う間など、短時間つかまり立ちが可能。

当施設初診は5歳3ヶ月時（術後3ヶ月）。以後週1回（一回60～80分）の頻度で理学療法を実施し、現在に至る。

当初、前施設でのセラピーと両立しないのでどちらかを選択するように母に依頼していたが、母は6ヶ月ほど併用を試みた様子。現在は実質的には当施設でのセラピーのみとなっている。

初期外部観察：

ハイハイや椅子に座る動作は、上肢の力を中心に行ない、お尻を突き出したようなつかまり立ちをし、少し傾くと転倒を予期したように目をつむって手足をこわばらせる。椅子座位では、前方や側方に傾くため、常に肘掛けにつかまって、頭を後方に反らせている。

少し舌足らずな喋り方で、発語に伴い、口周囲や顔面に放散反応が見られる。会話の内容は年齢相応で、理解力や記憶力もある。尿便意も言葉で伝えることができる。靴下や靴を履くときには、手で大腿を持ち上げて協力しようとする（両側とも）。

こちらが挨拶をすると横を向き、質問するとそれとは関係のない話をし、何か課題をしようとするすると急に歌を歌い始めたり、別の遊びを始めたりする。下肢について問われると特にその傾向が目立つ。また、人形を渡すと四肢を四方八方に捻じ曲げ、不自然な構えを作って歩かせる真似をする。対象物が見えない状態（テーブルの下やタオルの下、筒の中など）で触ったりすることには抵抗が強く、何とか見ようとする。家では足の下にオモチャなどがあっても構わずその上に座り込んでいるとのこと。

床に寝かせると、まだ何も始めていないうちに、また頼んでもいないのに、数を数え始め「10まで数えたら終わりでしょう？」と聞く。少し課題に注意が向いたかと思うとボーッとした表情になり、呼びかけても上の空で返事をするようなことが頻繁に見られる。後ろから介助して歩くと、足を出すたびに頭と体幹を横に傾け手を胸まで挙げ、全身に力をこめる。また、突然両足とも脱力してしゃがみこむ。

やや右向きの傾向があり、左隅にあるものを見落としやすい。

初期内部観察：

外界との関係性や自分の身体（自分自身）との関係性に向き合うことを、繰り返し回避し、何か新たに求められたり問われたりすることが生じない世界に居続けようとしている。「知っていること」と「できること」または「わかる」ことが同じと感じており、「知

らない」「できない」「わからない」ことが増えていくのを恐れている。しかし、外界に注意を向け探索したい気持ちも強く、自分の行為によっては何も展開しないことに、うすうす気づいている。

初期病態解釈：

「知らない」「できない」「わからない」ことが自分の世界を大きく制限するものと解釈している。それは本人にとって、身体と外界との関係性の構築やその更新に失敗すること（システムの破綻）に等しい。そのため、関係性をできるだけ「知っている」「できる」「わかる」範囲に固定しておこうとしている。それに一番近いのは、周囲に言われるとおりのパフォーマンスを遂行することと理解し、その役割を選択している。自らの判断を必要とする選択の局面に立つと、「怖い」「心細い」気持ちになって逃げてしまう。

治療のための初期方針：

「知らない」「できない」「わからない」ことからでも展開できるという経験を積み重ねる必要がある。最近接領域を外さないことが必要（課題の設定としてもセラピーとしても）。

訓練内容と経過：

体性感覚から自分の身体の側と身体が接している面（外界）の側の両方を感じ取り、それを、身体をとおして「わかった」という経験にすることを主要なテーマとした。

当初は、単純な表面素材の違いに注意が向けられなかったが、次第に左右の比較、上下肢（足底と手指で感じているもの）の比較を取り入れ、身体部位の細分化よりは、より細かい注意を必要とする（同じ課題で差異の幅を小さくする）課題へと移行していった。

- ・ 足底や手指の接触課題（表面素材の違い、左右の比較）にはエラーがなくなった。しかし、集中していないときには左にはエラーが多い。
- ・ 差異が感じ取れないとき、「わからない」と言うようになった。
- ・ 椅子座位は肘掛がなくても、足底が設置していれば自立。
- ・ 靴下や靴を履くとき、手を使わずに足を持ち上げるようになった（両側とも）。
- ・ 壁を背にして、つかまらずに立っていられるようになった。
- ・ 介助歩行で突然脱力してしゃがみこむことがなくなった。
- ・ 車椅子の自操が自立した（前進、後進、方向転換、ブレーキ着脱とも）。

現在の病態解釈と仮説的方針：

少しずつ課題に向かえる（注意の質を課題に合わせて細分化できる）ようになっている（図 8）。しかし同時に、概念的な



図 8. 症例 4（2008 年 11 月）

テーブルの下にある足の形や位置を感じ取って、視覚的に照合しているところ。見えない身体部位についての課題にも、きちんと向かえるようになってきた。

こと（方向、左右、正中、同じと違うなど）については、一度具体的なものに置き換えないと「わかった」と思えない（知っている言葉と了解できている内容が必ずしも合致していない）ということがわかってきた。特に三次元的にイメージすることや、実際に見ていないものを比較したりすることを非常に苦手としていることがわかってきた。したがって、目に見えない体性感覚などは、本人にとってあまり現実味のないものとして感じてきたのかもしれない。本人にとって「知っていてもわからない」という事態は、相当深刻な恐ろしさであったと思われる。最近、母から、家で姉が見ている TV アニメと一緒に見ていて、少し怖いキャラクターが出てくると（『サザエさん』のようなマンガであっても）異常に怖がって泣き叫ぶという話を聞いたが、架空のものが現実のものであるかのように怖がるのも、現実を感じ取っているものに現実味を感じ取れずに怖がるのも、同質のことであるように思われる。

現在は以上のように解釈しなおし、直接視覚や具体的な物への置き換えなどで十分に準備してから課題に向かうような展開にしている。

現在は、三次元的な視覚イメージ（見ている面と異なる面で感じ取ったものとの照合など）を主要なテーマとしている。今後は、身体全体のイメージにおける足底の位置や構え、足底での荷重と全体像との関係などがテーマになってくると考えている。

## おわりに

彼らは、脈絡のない外界からの侵襲と自身の身体内から起こる雑音や混乱をない交ぜに攪拌した上澄みのような場所にいると感じる。しかも多くの場合、彼らはそこで平和に暮らしている。彼らの脳は、この不整合を検出できない。しかし、彼らの世界がそのようであるなら、上澄みにしか生きられる場はないということには深い共感を覚える。

上澄みの中でかろうじて均衡を保っている彼らのシステムと身体は、少し体調が変化しただけでも、急に比重が大きくなった物体のように混沌の中に沈んでしまう。実際、そうした浮き沈みのさなかで完全に破綻するケースもある。しかし、多くのケースは、少しずつではあるが、差異が生まれる関係性の中に踏みとどまり、より多くの差異を受け入れ、自らそれに向かう方向へと展開する。あるいは、動きの始まりにわずかに本人の意図を感じ取れるようになり、出力のさなかに自ら調整を加えるようになる。それは、身体の側からの、僅かずつの復権（リハビリテーション）である。

しかし、それと共に、彼らが「障害」の裏に抱えている病理が次々に表面化してくるような印象も受ける。それは、隠れていた病理が表層に移動するというよりは、病理もまた彼らの経験と共に展開するかのようである。時に現有システムが再生されたかに見え、時にむしろ病理が強化されたかにはすら見える。そのように、彼らは彼らの病理ごとに変化する。彼らの身体の復権の可能性とは、そうした病理の展開可能性であるのかもしれない。

参考文献

- ・ Perfetti.C. : 認知運動療法 運動機能再教育の新しいパラダイム, 協同医書出版社. 1998
- ・ Puccini.P, Perfetti.C. : 子どもの発達と認知運動療法, 協同医書出版社. 2000
- ・ 河本英夫 : システム現象学 オートポイエシスの第四領域, 新曜社. 2006
- ・ 藤田一郎 : 「見る」とはどういうことか 脳と心の間をさぐる, 化学同人. 2007
- ・ 人見眞理 : 小児期の脳損傷に対するリハビリテーション - 認知運動療法とともに (総論) -, 認知運動療法研究第 6 号. 日本認知運動療法研究会. 2006
- ・ 人見眞理 : 行為とメタファー 脳性麻痺のケースから, 現代思想 2006 年 11 月号. 青土社
- ・ 人見眞理 : 勇者はどこへ向かうのか 「発達障害」に対する臨床展開, 現代思想 2007 年 5 月号. 青土社
- ・ 人見眞理 : 「ゼロのキネステーズ」までに 脳性麻痺の身体, 現代思想 2008 年 12 月号. 青土社