

第20回コロック

現象学・身体論的アプローチ方法の実践と考察

H26.4.12

市川市リハビリテーション病院

理学療法士 月成 亮輔

概要

1. 前回の発表症例のその後 ～経過報告～

2. 今回の発表

- | | |
|---------------|---------------|
| 2-1. 症例1 | (歩容選択肢の獲得) |
| 2-2. 症例2 -介入① | (図の運動から地の運動へ) |
| 2-3. -介入② | (麻痺側下肢での身体支持) |

症例1

(歩容選択肢の獲得)

症例 1 評価・仮説

- <外部観察> ・ いつも同じような歩容・雰囲気・スピード
 - ・ 視線は一定で、緊張している様子
 - ・ 身体内感に対するコメントが多い
- <内部観察> ・ 身体の内感を過剰に意識している(意識緊張++)
 - ・ 感覚を維持することを目的としている
- <病態解釈> ・ 身体内感への意識が高く、自己維持に努め、
経験の幅を狭める方向に努力している。
- <治療のための仮説>
 - ・ 様々な意識での歩行を経験することで、経験の幅が広がり、歩行動作の多様性が生まれる。

症例 1 介入

- ①出来るだけ速く歩く
- ②出来るだけゆっくりと、だけど止まらずに歩く。
- ③出来るだけ体の上下移動が少なくで歩く。
- ④バスケットボールがバウンドしているようなイメージで歩く。
- ⑤横歩き
- ⑥後ろ歩き
- ⑦砂浜の上を歩くイメージで歩く。
- ⑧熱い鉄板の上を歩くようなイメージで歩く。
- ⑨キャッチボールしながら歩く。
- ⑩ゆらゆら歩く。 等

症例 1 結果と考察

介入効果(即時・持続)は認められた(動作分析からのみの評価)。このような介入・評価は臨床で十分可能であるが、これを言語的に表現すると以下のようなになる。

- ・なんとなく余裕が出た
- ・ストライド・スピードが上がった

このような評価記述では客観的に介入効果として認められることは困難であると考えられる。科学的な指標としては、歩行耐久性・応用歩行能力の評価や3次元動作解析装置より動作の変動係数等によっても表現することは可能であると思われるが、明らかに臨床で評価している精神活動を含めた評価とは異なる。臨床場面に対応した評価指標が必要と考える。

症例2 介入①

(図の運動から地の運動へ)

症例2 介入① 評価・仮説

- <外部観察> ・意識的に足首を動かすことは可能であるが、意識が抜けてしまうと運動は起きない
(靴を介助で履かせてもらうときなど)
- <内部観察> ・視覚フィードバック(焦点化された状態)にて確認することで運動の継続が可能であるが、体性感覚でのフィードバックや、また視覚でも周辺視野でのフィードバックにて運動を継続することは困難
- <病態解釈> ・足関節の運動神経は十分に作動しているにも関わらず、足関節の運動は自己として組織化できていない。
- <治療のための仮説>
 - ・足関節の運動を意識を焦点化⇔非焦点化を繰り返すことにより、無意識の運動に向かう接点を得る。

症例2 介入① 考察

一次的ではあるが、『一定のリズム』を利用することで、背景化された状況においても運動が可能となる場面があった。この場面とおよそ同時期に、靴の着脱動作への協力反応が増えたと感じた(PT・OT評価)。行為に繋がる介入となつてであろうか、もしくは介入者側の勝手な解釈であろうか定かではないが、この場面はそれまでみられなかった『意識を焦点化していない状況での他動への追従反応』が出現した働きかけとして軽視してはいけない場面であると考え。この後、同じような働きかけを数度行ったが、明確な反応は得られなかった。

症例2 介入②

(麻痺側下肢での身体支持)

症例2 介入② 評価・仮説

- <外部観察> ・ 立ち上がり動作や歩行動作において、麻痺側下肢の位置不良や支持反応のばらつきがみられる。
 - ・ その部分に気づいている様子はなく(エラーとして感じていない様子)、学習は進まない。
- <内部観察> ・ 麻痺側下肢は明確な感覚フィードバックがないが、行為や動作の際には立ったりは出来るため、調整せずとも何かを行っていると感じている。
- <病態解釈> ・ 麻痺側下肢は下肢支持を必要とする行為の際には、調整対象でも、また保護対象でもなく、自己ではなくむしろ環境として組織化している。
- <治療のための仮説>
 - ・ 麻痺側下肢の力感、また位置の指定を求める課題を行い、環境から自己内部のプロセスへ組み込む。

症例2 介入② 結果・考察

症例は、どの課題も興味を持って取り組んでおり、『新たな経験の予感』を感じていたと考えられる。しかし、立位・歩行時の麻痺側下肢の支持性向上には繋がらなかった。

これは課題遂行に向けての身体操作がそもそも今回の目的に向かう回路に繋がらないものであったのか、もしくは課題の難易度が適切ではなく、最近接領域になかったのか等の判断が難しい。しかし、今回の取り組みを通して、現在のアイデアの延長では届かない大きなギャップも同時に感じた。治療のアイデアより以前の内部観察→病態解釈の作業を組みなおしていく必要がある。

臨床場面での検証作業の困難さ

臨床場面でのこのような介入に対する反応の検証作業は困難さを有する。

1. 検証する試みを行うと(他スタッフがみている・カメラを設置するなど)と通常とは反応が異なるという場面によく遭遇する。

(この時点ですでに文脈は特別な状況になっている)

2. 個々の症例の状態、同時にセラピストの状態も時々刻々で異なるため、最適な介入方法は常に変化する。
3. 臨床場面で検証を試みる介入時間は、症例の反応を評価し、その反応に応じた最適な介入を行おうとする介入者側の働きかけは停止する時間となる。



臨床場面での再現性・客観性の欠如