

# 無意識レベルへのアプローチについて

—左片麻痺を呈した1症例の治療を通して—

イムス横浜狩場脳神経外科病院 リハビリテーション科

理学療法士 渡邊 徹

## はじめに

今回重度の左片麻痺を呈した患者様を担当することになった。本症例は、左側身体や支持面の感じ取りなどを促すと、筋緊張を高めたり、本人に湧いてきたことで動作を変えてしまう傾向にあり、望んだ反応が得られにくかった。

よって、本人に知覚させるよりも感覚させて訓練を行うことである程度の改善が得られたのでここに報告する。

## 症例紹介

### [基本情報・現病歴]

70代女性。20XX年9月に右MCA領域(島、側頭葉、放線冠)に脳梗塞を発症し当院へ入院。  
同月に当院回復期病棟に転棟。担当を11月より変更する。

### [担当変更時評価 20XX/11]

- ・意識レベル JCS1-1
- ・Br.Stage 左上肢Ⅱ 手指Ⅱ 下肢Ⅲ
- ・感覚 表在は軽度鈍磨(触っているところは概ね認識できる)  
深部覚は中等度鈍磨(どの関節を動かしているかあいまい)  
鈍痛のような異常感覚がときどき左上下肢にみられる。
- ・基本動作  
寝返り—軽度介助 起き上がり—中等度介助 端座位—軽度介助  
立ち上がり—中等度介助 立位保持—軽度介助 立位バランス—中等度介助  
歩行—平行棒にて短下肢装具を使用し中等度介助
- ・FIM 58点/126点(運動項目30点 認知項目28点)
- ・高次脳機能障害  
Scale for Contraversive Pushing 5/6  
全般性注意障害(容量性、選択性、転換性、持続性、配分性)  
左半側空間無視(検査上、動作・行為上いずれもみられる)  
左側運動性身体失認 病態失認  
遂行機能障害

### 【動作・行為での特徴】

#### プッシュ現象

→経験していないことを行うとき、右側に頼れるようなものがないとき、倒れると確信しているとき、左下肢の支持が必要な立位するとき。右片脚立位するとき

支持面をうまく利用できない。

→麻痺側に関しては、寝返り・起き上がりで支持面として活性化できない。座位では左側に身体を傾けたり、左側の足元に手をやると倒れる。立ち上がりでは左下肢に荷重をしない。立位では右下肢をメインに荷重する。左片脚立位は右上下肢の支持がないと脱力する。

→非麻痺側に関しては、右への寝返りで非麻痺側が押しすぎてしまい動作ができない。

立位バランスでは非麻痺側下肢で強く押しすぎて左へ倒れる。

身体の忘れと一度知覚してしまうと過敏になる左下肢

→寝返り、立ち上がり 立位バランス 歩行に左上下肢の忘れがみられ、その結果立ち上がりや立位、歩行時には転倒する場合がおおくみられる。一方で何かに気付くとそれを過剰なまでに意識して動作がぎこちなくなったりする。

どのように知覚するか

→視覚は右優位。触圧覚は場所の定位は可能だが、どの程度の強さかどうかは判別できない。

運動覚はどの関節が動いているかどうかはよくわからない。自分の身体は右側と比べて、時々重くてすこしびれてなんともいえない痛みがあるからあまり動かない。その他は右手足と差がない。身体の感じ取りを促すと知識や過去の経験や文脈を根拠に述べる。知覚しても重さや痛みを感じたり、筋緊張を高めたり、左側身体や支持面を意識的に知覚することに抵抗がある印象。

意識的にさせると本人に湧いてきたイメージや思いだけになってしまし、それが動作を決定づけ、訂正することが困難

→不安定板を利用したり、スポンジを踏ませようとすると、「その上に足をのせると倒れます」と述べて、実際に乗せると倒れようとする。

→左下肢について質問し、「足が重い」というと、その瞬間から足を重そうにふるまう。

動作・行為の動機に身体が介在していない。

→移乗動作に介助が必要なのに、戻る必要があるという理由だけで何でも移乗しては転落する。

#### 【本人が思っていること】

今回の病気はそのうちよくなる。今、できないことでも、集中すればできる。

手や足は重くて痛いのでそれが改善すれば動くと思います。

退院したら、買い物したり旅行したい。

## 病態仮説

- 本症例は運動麻痺、感覚障害などから、左側身体を、感じることや支持面としての形成や活用をできないでいる。触覚性身体が成立しない結果、動作は右側身体の意識的な努力を要し、ますます左側身体や支持面が成立しなくなっている。
- 意識の在り方も注意障害、半側空間無視、運動性身体失認のために偏倚している
- 動作・行為のなかでの左側身体や支持面の知覚そのものが出来なくなったり、過剰に反応したり、あるいは無視をしたりするようになっている。また、身体や支持面に意識をむけるだけで不愉快になったり疲弊したりするようにもなっている。
- これらから左側の身体や支持面・空間に意識を向けるという行為そのものが本人にとっては負荷が大きいと考え、本人が意識しないレベルでの感覚入力や動作・行為の中での触覚性身体の構築を行うことで動作・行為が改善するのではないかと考えた。

## 具体的な治療の構築1

- 今回の介入は無意識レベルでの感覚入力や動作・行為の中での触覚性身体の構築を目的にした。
- 稲垣は  
「身体が空間内にあるということは世界に降り立つこと(ランディング)である。ランディングは、確保されて初めて、世界内の対象に一律に関わることができる」  
「ランディングと連動するのは触覚性身体であり、ランディングの自由度を決定するのが、身体がランディングするさいに出現する世界の「面」の組織化である」と述べている。稲垣 論 「リハビリテーションの哲学あるいは哲学のリハビリテーション」より  
⇒触覚性身体の構築は動作の中で面の組織化を促すような介入が必要と考えた。

## 具体的な治療の構築2

- 山口は受動的綜合について  
 「時間の意識である過去把持にみられるように、自我の関心が向かう以前に、感覚素材のになう意味が過去地平に眠る空虚形態や空虚表象と対化現象を起こして、そのつど新たな意味が成り立つような受動的綜合のまとめり方を言う」と述べている。山口一郎「現象学ことはじめ」より
- ⇒ 支持面や身体そのものに触圧覚的あるいは運動感覚的变化を与えることでも身体や支持面の感じ取りは成立するのではないかと考えた。
- 意識が動作・行為の障害になっているので、意識を外すような介入も必要なのではないかと考えた。

## 具体的な治療1

### 【背臥位での治療】

#### (触圧覚・運動覚の入力)

非麻痺側下肢に対して→ハンドリングと支持面の差異を創ることで滑らかに動くように誘導する

麻痺側下肢に対して→触る、揉む、優しく包むように、強くこするように、と繰り返して刺激し、次にそれを非麻痺側下肢に行い交互に繰り返す。  
 早く、ゆっくり、さまざま方向、各々関節を動かし、それを非麻痺側にも行い、交互に繰り返す。  
 ハンドリングと支持面の差異を創ることで滑らかに動くように誘導する  
 促進を麻痺側下肢と非麻痺側下肢を交互に行う。

#### (動作での治療)

寝返り→一度行ったら、支持していないと思われる支持面にタオルを入れ、再度行う。

タオルを外してももう一度行う。

麻痺側下側臥位で非麻痺側上下肢の挙上を行う(支持面を変えて)

起き上がり→On Elbowで行う。そして支持していないと思われる支持面にタオルをいれ、また起き上がりを行う。タオルを外してもう一度行う。

長座位→臀部の左右どちらかに手をいれ、手を入れた側に外乱を加えて、次に手を外してまた外乱を加え反応をみる。少しずつ、体幹、股関節を屈曲させ自分で座るようにする。

端座位→長座位と同様に行う。リーチ動作を誘導しながらも行う。臀部・大腿部・足部に支持面の変化を与えながら行う

## 具体的な治療2

### 立位

足部に支持面の変化  
 片脚立位(手すり使用、手すり使用しない)で支持面の変化  
 タンデム立位で支持面の変化  
 STEPPING練習での支持面の変化  
 左片脚立位での膝の屈伸、踵上げ(支持面に変化をつけて)

### 歩行

右上肢の使用での差異(4点杖、T字杖、杖無し、平行棒)  
 装具を使用したりしなかったり、異なる装具を使う  
 非麻痺側下肢の使用の違い(大きく出す、小さく出す)  
 セラピストが引っ張りながら、本人が思っている以上の速度で歩行  
 意識の持ち方の違い(視線、身体のどこかに向ける、足し算、ボール、上肢の使用)

いずれの動作訓練でも麻痺側下肢に弾性包帯をまいて行ったり、外して行ったりすることで動作の中での麻痺側下肢に変化をつけて行った。

## 結果

[最終評価 20XX/3]

- ・意識レベル JCS1-1
- ・Br.Stage 左上肢Ⅱ 手指Ⅱ 下肢Ⅲ⇒Ⅳ～Ⅴ
- ・感覚障害 表在覚/軽度鈍磨 深部覚/中等度鈍麻  
鈍痛のような異常感覚が以前より少なく感じるが、訴えは増加
- ・基本動作  
寝返り 起き上がり 端座位 ⇒自立  
立ち上がり 立位保持 ⇒自立  
歩行 ⇒ 4点杖 短下肢装具使用し見守り
- ・FIM 58点⇒93点/126点(運動項目30点⇒60点 認知項目28点⇒33点)
- ・高次脳機能障害  
Scale for Contraversive Pushing 5/6⇒0.5/6  
全般性注意障害⇒概ね改善  
左半側空間無視⇒検査上では軽減、動作・行為上ではみられない  
左側運動性身体失認⇒身体の忘れは軽減  
病態失認⇒軽減  
遂行機能障害⇒TMTBが可能になるなど、軽減している

## 変化した点

### 【動作・行為での特徴】

- ・プッシャー現象
  - 左下肢の支持が必要な立位、右片脚立位ではプッシャーは出現しなくなった。
- ・支持面をうまく利用できない。
  - 麻痺側に関しては、寝返りでは支持面として活性化できるようになった。座位では左側に身体を傾けたり、左側の足元にリーチしても倒れなくなった。立ち上がり・立位では左下肢に荷重をする。左片脚立位は右上肢の支持がなくても脱力しなくなる。
  - 非麻痺側に関しては、右への寝返り・起き上がりで非麻痺側が以前より押すことが減り動作が出来るようになった。立位バランスでは非麻痺側下肢で強く押さなくなり安定するようになった。
- ・身体の忘れと一度知覚してしまうと過敏になる左下肢
  - 動作時の身体のわずれが減少し、それによる転倒が減少した。
- ・どのように知覚するか
  - 視覚の右優位は減弱。自分の身体は左側が重くてすこしびれてなんともいえない痛みが以前より感じるようになっている。立ち上がり、立位、歩行では左下肢を気にするようになっている。
- ・意識的にさせると本人に湧いてきたイメージや思いだけになってしまい、それが動作を決定づけそれを訂正することが困難
  - 自分のイメージや思いだけに捕らわれることが少なくなった。自分がどう思っているか自覚できる。自分が思った結果と実際の結果に違いがあることを自覚するようになった。不安定板に乗せても転びそうと言いながら平然と立っている。
  - 左下肢が重いと感じても、動作・行為への影響が軽減対話によって気にしなくなる場面が多くなった

### 【本人が思っていること】

- 今回の病気は自分でしないとよくならない。できないことでも、練習すればできる。手や足は重かったり痛いけど、動かさないといけない。

## 考察

### 【本症例には基本動作の向上とともに様々に変化したところがみられた】

- ・ 支持面の活用、左側運動性失認の減弱がみられたことから触覚性身体が成立したと考える
- ・ プッシャー現象の減弱は触覚性身体が成立したことで姿勢・動作時の不安定性が減少し、その結果、意識的な動作が減弱し右側の空間・身体が優位でなくなったために減弱したと考える。
- ・ 視覚の右優位減弱は、左側の身体や支持面が成立するようになったことで左側空間の行為可能性が向上したためと考える。
- ・ 動作・行為の最中に自分が思っていることの自覚ができることや自分が思っていることに捕らわれなくなったことは、触覚性身体が成立すること、支持面が成立すること、空間が広がること、動作・行為ができるようになることなどによって、動作・行為時に使用する注意の容量が低下したことが要因と考えるが、一方で意識レベルや注意障害の改善みられたことから、意識の機能としての、注意の分散、自らの働きを感じ取ること、緊張の度合いの調整などが改善したとも言える。
- ・ 本人の思っていることとして、この病気は自分がやらないと治らない。今、できないことでも練習すればいつかできると思うようになったのは、触覚性身体が成立し、行為可能性が広がった一方で、意識の機能も向上することで、動作・行為のなかでのできない自分というのが同時に感じ取るようになったからではないか。

## まとめ

- 今回の介入は動作・行為を行う際に、左側身体や支持面に触圧覚・運動覚の変化をつけながら行った。その結果、左側の触覚性身体や支持面が成立するようになり、動作・行為が改善された。
- 同時に意識や知覚、心の変容もみられた。
- しかし、無意識レベルで起きていること、意識、心、知覚の互いの関係性までは言及できなかった。