

脳性麻痺という病理

文学研究科哲学専攻博士前期課程1年

人見 眞理

<要旨>

周産期脳損傷の代表的な疾患である脳性麻痺の子どもたちは、彼らが自らの身体の重さを支え、動くという局面において、何とかしてその場から逃げようと画策する。その背景には、脳損傷の当初より彼らには重さをもった身体がないという状況があり、あたかも身体の失認に似た、無視や非注意で対応するようになる。このため彼らは、発達へのベクトルを持っているにもかかわらず、ある時点で停滞し後退するかのような様相を呈するのである。リハビリテーション（以下リハビリ）は、こうしたことを前提とした上で具体的な実施内容を吟味しなければならない。本論では、2年半継続した脳性麻痺児のリハビリが突然中断されるという事例とともに、脳性麻痺に内包される病理とその現れを考察することを目的とする。

キーワード：脳性麻痺 脳損傷 病理 リハビリテーション

目次

はじめに

事例紹介

1. 症例の概要
2. 終了に至った経緯
3. リハビリの経過
4. 直前の本人および母親の様子

病理再考

1. 事例について
2. 脳性麻痺という病理

おわりに

はじめに

生涯のどこかで脳に損傷を負うということは、まず本人の脳にとって生存の可否を問われるほどの一大事である。そのため、脳においては、損傷に対応するさまざまな働きが発動される。たとえば、成人の脳損傷の場合であれば、意識レベルが数日から数週間低下するということが起こる。意識が回復しても、左右半球の交通が抑制され、損傷のない（少ない）側のみが活発になるという時期が続く。そののち、いくぶんか左右半球の交通が再開されてからも、損傷部位と連携のあった部位の活動が制限されるということが数カ月以上持続したりする。こうした働きは、損傷部位への過負荷を避け、できるだけ早く活動を再開するための、脳全体あるいは関係部位の応急的な活動性の低下として説明されており¹⁾、総称して「機能解離」と呼ばれている。臨床像としては、重症の場合は意識レベルの低下した状態が遷延したり、損傷部位から推察できる以上のさまざまな障害が数カ月から半年以上にわたって持続したりする。未だ原始的なネットワークしか存在しない周産期の子どもたちであれば、機能解離は、意識レベルが低下して、脳および身体全体の活動性がしばらく抑制されることが中心になると思われる。比較的成長の早い小脳では、損傷後、同側または対側の代謝が低下することも多くの研究者によって報告されている²⁾。この後、損傷を負った脳がどのように発育していくのかは、あまりにも損傷部位や程度が多様なために、また方法論的な限界のために、未だ研究されていない。おそらく、損傷が軽ければ、比較的早期に脳の活動が再開されるとともに、通常のようなシナプスの過剰生産が再開され、その後、よく使われたり、生存に有効であったりするものを残して削除されるというような、ニューロンとシナプスの成長過程が始まるものと思われる。しかし、損傷が大脳皮質全般、あるいは比較的早く形成される皮質下の組織にまで及んでいる場合には、神経細胞の発育自体にも大きな影響が及ぶことが推察される。

こうした生物学的な損傷脳の営みと同期して、身体を経由する脳の経験（脳に反映される身体の経験）も始まっている。通常（脳損傷のない場合）では、初めの一年から二年ぐらいの間は、身体機能としては、たとえば、目と手、手と口、皮膚と感情など、もともと機能的に結びつきやすい組み合わせの成立をもとに、動きや知覚や記憶など、運動と認知面での自在な組み合わせ（選択肢）を創っていく。それは、脳においては、ニューロンの同期的活動パターンが多様になり多重になっていく過程である。そして、身体機能は、あるときふと、たとえば這うことから立つことへと、すなわち別次元へと創発する。これは、脳においてまったく新しい同期パターンが生じることに等しい。脳においても、身体の新しい活動によって神経的な創発が起こり、それが再び新しい運動や認知機能として展開されていく。このようにして、ちょうど胎児期に誕生後の世界で生きていくための準備が行なわれるように、2歳ころまでに、その後のさまざまな関係性の中で、身体とともに行為し身体とともに生きて

いくための創発のスタイルが準備されていく。健常脳とそれを持つ身体がそのように進むということは、それが脳の本来の働きであり、脳と身体の本来の関係性であると考えることができる。

周産期に脳に損傷を負った場合においても、脳という臓器の本来の性質は変わることなく、常に何らかのネットワークを創ろうとし、また身体と相互に創発を繰り返そうとするはずである。しかし、損傷を負った脳内では、多少とも途絶や迂回が生じるはずである。本来結びつきやすい組み合わせがあったとしても、それは脳内で不均等に分布し、不均等に成立するということが生じやすくなると思われる。加えて、常に同じような動き、同じような筋緊張、姿勢、知覚を持つ身体と相互的な関係性を持つ以外にないとするならば、脳においては、よく使われる回路だけが頻繁に活性化する傾向が生じることになる。身体は同じ筋緊張の方向へ変形し、同じ姿勢のままに強直する。多少とも自ら動くことができる場合であっても、なんらかの形で獲得できた動きや知覚を繰り返し使うということが起こる。何かを行なうという動作面の遂行を求められれば、彼らは、できるだけ素早く応答できるような、使い慣れた動きや動作を使おうとする。簡単な問いにも、なんらかの主張をするためにも、すべて使い慣れた動きや動作で対応する。こうしたことが常態となるのであれば、彼らの脳では、本来の性質からはますます遠くなり、次第にシナプスとニューロンの数が減って、脳全体としては萎縮に至ることになる。

脳損傷という事態から生き残った脳と身体は、通常であれば、重力、光、空間など、先験的な環境条件から、さまざまに神経回路が触発され発育を促されるということが自ずと起こるといふ自然な展開性を失い、自ずと創発するよりは、自ずと停滞し衰退するという事態に至る。たとえば、眼球が光に曝されていても、それだけでは「見る」ということが起こらず、そのまま「見えない」ことになっていく場合も、重症児の場合には多い。また、その後の経験の中で、使いやすい身体部位だけが発育し、その部分だけが彼らの身体として不均等に脳に表象されたり、表象されるべき身体が「無い」ということになったりする場合も多い。たとえば、なんらかの知覚を活用することだけが常態となっているとしたら、本人にとって自らの身体に気づくことなどは知覚の活用を邪魔することになり、身体は不要なものになっていく。しかし、これらの帰結は、本人たちにとってそれほど重要ではない。現在、あるいは何年かの後に彼らが自らの身体の無さや脳への不均等な表象からもたらされる身体の変形やそれに伴う呼吸の障害を身に負うことになったとしても、彼らは彼らの自然な成り行きの中で何も困ってはおらず、満足さえあるのである。実際、脳性麻痺の子どもたちは、自分自身の現状に不満を言うことはまったくくない。彼らは、ちょうど盲目の者に見えないということがありえないように、何かができないということを思いもせず、求めることをしないのである。

こうした彼らに対し、多くは彼らの両親が、無意識にその結末を予測するかのように少し

ずつでも前へ進む（発達する）ことを望み、彼らには前へ進むための助けが必要であり、助けがあれば前へ進む能力が発動されうることを確認するかのようになり、リハビリを始めることを望む。そのとき、何ヵ月か何年かの月日経っており、彼らの中には、呼吸するのが精一杯の者もいれば、どこへ行くにも上肢を中心に使う進み方だけをする者もいる。また、外界を自分なりの尺度で判定し、外界との関わりを自ら制限している者もいる。それぞれに自らの身体や自分にとっての外界や外界との関わりがあり、本人が「そうとしかありようがない」という形で築いてきた自分なりの世界がある。また、それに伴走してきた脳のありようもある。それらを考察しながら、彼らが自らの身体に感じ取り、自らのありようを多様にして、自ら外界に向かうことを選択するようになるということを経験し、大きな目標にして、リハビリは進んでいく。その結果、彼らはそれぞれに何年もかかって目覚ましい変化を遂げることが多い。全く動けなかった者は、子どもらしく夢中になって対象に向かい、僅かずつ動きを獲得する。視覚しか活用できなかった者は、視覚を使わずに自らの身体に感じ取ることを面白がり、セラピストとともに動くことができるようになる。意識的な緊張が背景にある者は、馴化と記憶という能力を使いながら少しずつ自らの意図を発信するようになり、予期や知覚が身体の緊張に反映している者は、自らの動きを自ら調整するということが少しずつできるようになる。一人で座れなかった者は、座位ばかりか立位を獲得していく³⁾。ただし、健常な発達が、一度ある能力を獲得すれば二度と獲得する以前には戻れない形で進んでいくのに対し、彼らは、どのように発達が進んでいようとも、その時点で何もしなければ、身体も脳もそこで停滞し、さらにはゆっくりと衰退に向かってしまう傾向を持っている。そのため、リハビリやそれに類似したことは長く続けられなければならないのである。

しかし、そうした長い経過の中で、彼らがなおも先へ進むことをセラピストが期待するようになる頃、進むよりは留まることを望んでいるかのような振る舞いが現れてくるようになる。彼らの発達が次第に進んでいくと、リハビリでは、彼らが自ら世界の差異と直面し、そこで自ら行為するという課題が多く取り上げられるようになる。しかし、これは彼らにとって難題中の難題である。あたかも、彼らの脳と彼らの身体が、脳に損傷を負った当初から強固に持ち続けている、自らの生存を守るという不文律に抵触するかのようになり、彼らは、そうした課題からすり抜けようとする。すなわち、初めのうちは、ひたむきに全力で進もうとする子どもらしさを回復するかに見えて、次第に経験が安定的限定的になることを自ら望むという事態に至るのである。しかし、経験が限定的に保たれるということは、脳にとっても身体にとっても、当初の事態に質的には戻るということになる。この事態は、セラピストにとって、まるで、作動のさなかで決まっていた作動のための単位⁴⁾が突如あるいは次第に変化して、システム自体が破綻に向かうかのように感じられる。

脳性麻痺に代表される周産期脳損傷という事態から出発する発達が、少しずつ先へ進む可能性を持ちながらも、ある時点からは、自らの発達自体を不安要素と捉えてしてしまうかの

ような傾向が生じるというのは、ヒトとしての生物的なあり方に反しており、またそれが突然前景に現れるのは非常に不思議な事態に思われる。以下に、2年半にわたるリハビリが本人の強い拒否によって突然終了となった事例をもとにして、脳性麻痺に内包される病理について考察する。

事例紹介

1. 症例の概要

- ・2002年8月生れの男児。

在胎30週5日、1542gで出生。1ヶ月で脳室周囲白質軟化症（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ている。その前後に、強制的に下肢を外へ開くための装具をつけ、両手に杖を装着したり歩行器を使ったりした歩行練習を中心とした理学療法を受けている。
- ・初診は2007年11月、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た。
- ・尿便意あり（夜尿もなし）。自食可能（右手）。車椅子は両手で自ら操作可能。椅子の乗り降りも自力で可能（上肢に頼る傾向はある）。手を洗う間など、短時間つかまり立ちが可能だが、つかまるところがなければ一瞬も立位を保持することはできない。運動、認知とも、右側の機能が高い。
- ・当初、前施設での理学療法の内容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。その後、実質的には一カ所での理学療法のみとなっていると聞かされていたが、実際には、月に1、2回の頻度で前施設に継続して通っていたことが後に判明した。

2. 終了に至った経緯

5歳3ヶ月時より、週一回、ほぼ休みなくリハビリを実施していたが、「本人が、リハビリに来る直前になると、頭痛がすると言って泣いて、激しく嫌がるようになった」という理由で、また、理学療法は他にも行っているところがある、という理由で、2010年5月初旬（7歳9か月時）、突然、母より打ち切りを告げられた。

3. リハビリの経過

開始当初は、部屋に入ってきて、こちらが挨拶をすると、本人は母に隠れようとしたり、

部屋から出ようとしたりしてなかなか挨拶を返すことができず、こちらが椅子やテーブルを準備し始めると、しばらくしてようやく自ら車椅子から降りてきて、小さな声で挨拶をするということの繰り返しであった。椅子に座るにも時間がかかり、実際に課題を始めるまでに20分ほどかかることも多かった。

開始当初、床に寝ると、自ら「1、2、3…」と数を数え始め、何をしているのかを問うと「10まで数えたら終わりでしょう？」と前施設で体験したことをそのまま持ち込むということが見られた。また、3ヶ月前に下肢の筋解離術を受けたり、強制的に下肢を外へ開くための装具をつけて無理やり荷重させられたりしていたということから、下肢については、実際にどのように使うものなのか、あるいは自分にはどのような動きがあるのかということがほとんどわからないのではないかと推察し、自らの身体に感じ取ったり、それを元に動いたりすることをまったく積み重ねてこなかったのではないかと考えた。そのため、主に下肢で外界（にあるもの）を感じ取ることと左右を同等に感じ取ることを当面の方針として、部屋に置いてある椅子やベンチその他の位置を確認したうえで床に寝て、両下肢の位置をセラピストが設定し、両足の先には何があるかを尋ねたり、床にテープを直線状に数枚貼りそれを位置の指標として左右の足の位置を比較させたり、右足の位置（指標とする位置の番号）を対照項として左足がどのように動いたか（何番と何番を経由したか）を尋ねたりした。また、閉眼を激しく嫌ったため、椅子とテーブルの環境で、テーブルの下の足に表面素材の異なるパネルを触れさせ、その直後にどのパネルに触れたかをテーブル上に置いた数種類のパネルから選んでもらったりした。（当初は、本児が少しでも真剣に向かえるような課題を選んでいて、次第に本人が左麻痺傾向であることを前提にした課題を行うようになった⁵⁾。）当初、本人は、どの課題であっても毎回足元を見ようと必死で身体を起こしたりテーブルを傾けたりしていたため、足で感じたり下肢全体の位置を感じ取ったりするのは、相当苦手であることが察せられた。

当時の記録には、以下のような記述がある。

「本人は、自分にとって『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。」

したがって、リハビリの方針としては、

「『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。」としていた。

しかし、なかなか課題に向かうということが成立せず、一つの課題を用意すれば机につ

ぶし、別の課題にすれば歌を歌い出すなど、毎回苦戦した。それは少しずつ軽くなりつつも一年以上続いた。当時の記録に次のような記述がある。

「2009年6月15日（月）」

かなりいい加減な態度だが、向き合えれば感じ取る質が上がっている。

自分が感じ取れたことにどう向き合うかは本人の選択。その岐路にいるのか、と思いたい。しかし、もう少し『セラピー』として成立する時間を増やさないと、能率が悪い。…」

しかしその間様々に試行錯誤し、以下のように、こちらも本人への共感を持てるようになった。

「…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。すなわち、本人にとって『わからない』という事態は、こちらが思っている以上に深刻な恐ろしさであろうと思われる。」⁶⁾

その後、小学校に入学して少し経過した頃から、次第に課題に向かうことが成立するようになり、次第に落ち着いて椅子に座り、真剣に感じ取ろうとしたり、考えたりする様子が見られるようになっていった。障害の有無にかかわらず、就学前後に少し大人びるようなことがよく見られるが、本児にもそうしたことが起こっているのではないかと思っていた。またこちらも、実施内容を整理し、臨床像や本人の問題点により整合する課題を行なうようになったため、この時期には非常に短期間で大きな進歩が見られた。その結果、床上や椅子座位での課題は、準備的に短時間行うのみとなり、立ち上がりや立位のための課題を行なうことが多くなっていった。

母から打ち切りを告げられる直前のころは、壁際の立位だけでなく、手を使わずに膝程度の低い台を背にした立位も安定してきたところから、本人のもともとの課題であった、世界との接点で世界の側を感じ取るということをベースにしながら、いよいよ本人が自ら世界に向かわなければならないところまで至ったように感じ、自ら世界に向かいながら動く、すなわち、歩行に必要なことを課題に入れ始めていた。例えば、右手で柵につかまった立位で右足だけを動かし前方の様々な位置のパネルやスポンジを踏むことで、左下肢の支持と右の動きのための左下肢の準備を練習することや、右を前に足を前後させて立ち、左踵に接触パネルを入れてどのパネルが入っているか答えてもらうことで、左から右、また右から左への小さな範囲での重心の移動を行なうなど、二重に課題を組む（デュアルタスク。詳しくは文献3) 参照) ことを中心に設定していた。「疲れた」と言ったらすぐに座るという約束にしていたところ、自分から「疲れた」と言うときもあれば、「大丈夫、もっとやる」と言うときもあった。未だ自ら歩きだすことには遠いが、着実に、自らの身体の重さを自ら支えるということに向かっていると考えていた。

4. 直前の本人および母親（父親）の様子

打ち切りを告げられる直前の数回は、毎回のように少し遅れて来て、その上にゆっくりとジュースを飲んでから部屋に入ってくるが多かったため、薄々、そのような約束で来ているのだろうということを察してはいた。しかし、始めるとすぐに真剣に取り組み、最後には、笑顔で機嫌良く帰ることが常であったため、始まりの遅さはあまり重視していなかった。

母からは、本人が来ることを嫌がっているような様子については、2009年初め頃、「リハビリの最後に車椅子まで歩くのを嫌がっている」と言われたことがあるが、その時も自分から機嫌良く、普段以上に介助で歩いた。それ以降は、特にそうしたエピソードが言われることはなく、前よりしっかり立つようになったなどの言葉があった。毎回、母は部屋の外に出ていることが多く、部屋の中にも、何か書きものなどをしていることが多かった。リハビリ中は本児が母に甘えたりしないように、無関心を装っていたように思われる。

継続して他施設に通っているということは最後までまったく話題にならなかった。また、リハビリの前に毎回頭が痛いと言っていることは、家庭では少し前から繰り返されていたものと思われるが、それも話題にならなかった。打ち切りになる3週間ほど前に、父親が本児を連れてきてリハビリを見学していたこともあったが、その時も本人は普段以上に集中し、父親も、「こんなにできるようになっていたとは知らなかった」と驚き、本人に「よく頑張っているね」と声をかけながら帰っていった。本児のリハビリは、平日の、学校から帰ってひと休みした頃の時間帯を希望されることが多かったため、父親が同席することは減多になかったが、今から思えば、本人が毎回のように行くのを嫌がると母から聞き、リハビリの様子を見に来たのかもしれない。その時も家庭での本児の様子には触れられず、打ち切りになるにあたっての父の発言は、母からは聞かされなかった。

病理再考

1. 事例について

この事例において最初に目につくのは、母親の振る舞いである。特段変わったところのない親子であるように思われたが、本児の「行きたくない」などの否定的な言葉や態度に対して、ジュースなど代替物を提示したり、「頭が痛い」という言葉にだけ対応して、その背景を考えていなかったり、それをこちらに伝えていなかったりなど、母親の態度については、フェアではない印象を受けた。リハビリにおいて本人の真の課題と思われる局面に至ると、リハビリに行くことに気が進まなくなるという例は、この事例以外にも経験したことがある。その時は、母が断固としてリハビリは続けるという態度をとりつつ本人の様子を相談してくれたので、こちらは本人が課題を負担に感じていることを察して、少し内容を変更したり、

本人が直面している課題について母と話し合ったりすることもできた。その後本人の様子も変化したため現在も継続することができているが、今回は内容を変更する機会さえ与えられることなく経過してしまった。母には毎回本児の様子を伝えていたが、おそらく母は、本児にも、リハビリの意味や母自身の思いなどを率直に伝えてはおらず、結局本児は、行きたくないと言えばジュースを飲めたり、頭が痛いと言えば、母がリハビリに連れていくことを逡巡したりすることを学習した様子である。本児はそれを利用して、リハビリをやめる決断を母に委ねたことになる。

本児の様子を振り返ると、2009年後半から少し落ち着いて課題に向かうように見えた。これは小学校一年生の後半の頃である。当時は、就学後少し大人びて分別ができてきたと考えていた。打ち切りの直前には、本児は後方に少し寄りかかるか右手で軽くバーなどにつかまった状態の立位の課題において、自動的に外界を認知することもできるようになってきていた。本児はむしろそれを楽しんでいたようにも思われたため、本児がこうした課題に向かうこと自体から逃げようとしていたとは、当時はまったく考えていなかった。確かに、学校から帰って家にいる時にはわざわざリハビリに行きたくないという心情にもなると思われる。また、日常生活では、車椅子を自在に操作することができ、床上ではハイハイができていたため、移動にはそれほど困ることはなく、それ以上になにかができるようになることを望むということは、なおさら本児には現実味のないことであつたと思われる。

しかし、彼が、就学後、まるで学校で授業を受けるように、リハビリの時間内は「そこにいる」「課題をこなす」というテクニック、あるいは礼儀作法のような習慣を得て、ともかくその時間目の前のことに一生懸命取り組むという形を身に付けただけであると考え、本児はリハビリの時間を楽しみさえしながら、ただ課題をこなすのみで、真に自らの課題に取り組むことからすり抜けていたと考えることができる。おそらく、本人の能力に限界があつたということではない。だがここには、脳性麻痺の子どもたちに共通する病理があるように思われる。

2. 脳性麻痺という病理

脳性麻痺の子どもたちは、この事例のような高い知性や他者の心情を察する感性や自ら動くということを獲得するに至らない場合であっても、ある時点で発達が進みにくい傾向があるという印象はある。そうした場合にも、一種の社会性や、自分とは別の世界のルールを許容する形で、今回の事例と同じような「課題をこなす」テクニックの獲得が起こっている可能性はある。

この事例のような子ども達の場合は、当初の脳損傷の範囲も狭く、さまざまな機能を獲得することができる。そうした場合には、まずどちらかの脳の半球が優位側になり反対側は抑制される形で⁵⁾、より速やかに、優位側が中心になる動きや認知を獲得するということが起

こられる。事例において、本児がリハビリをやめるということを考えていたとしても、それを母に代行させた（決定や実行を母に委託した）というのは、事例のような左半球優位の場合によく見られる特徴である。おそらく、どのような場合でも、こうした半球優位性を確立する前にリハビリを開始することができていたら、本人が両側を使うことに抵抗が少ないと思われる。この事例のように5歳を過ぎている場合には、両側の脳半球を同様に活用するという課題を行うことには強い抵抗を示し、よく知っていることだけを行なおうとするのが常である。しかし、たとえ5歳を過ぎて出会ったとしても、身体の両側、すなわち両半球の脳を活用することは比較的身につけていきやすい。その後、課題は次第に彼らが自らの身体全体で世界との関係性を創り調節する、すなわち、立位や歩行の準備へと進んでいくことになる。別の発達群においても、次第に自ら調節する課題は増え、姿勢や動きに関する課題が多く計画されるようになる。

ちょうどこのような課題に向かうのが就学前後になる場合には、ある一定の時間内は一生懸命課題に向かうという態度を身につけるようになるのかもしれない。これは、課題に向かうことから何かを経験するというよりは、形式的に、まるで礼儀作法のように、課題に向かうスタイルを作ることの方により多くのエネルギーが注がれるという、礼儀の機能化である。セラピストの側が、真面目に課題に向かうようになって良かったと思い、しかしさすがにここまで進んでくると次の一步は難しいという印象を受け、一生懸命に次の課題を考えていたとしても、セラピストが求めることは子どもの側には経験されておらず、セラピストが期待することは子どもとの間には起こっていないのである。また、事例のような子どもたちの場合には、他の人がみな共感する形で、向かう先を一つにする（学校を主たる場とする）という、巧みな省力化も起こる。

彼らは、しかし、一人一人の子どもとして、発達に向かうベクトルは持っているはずである。そうでなければ、脳損傷が限定的で狭い範囲に留まっている子どもたちが、半球を優位側にして、少しでも前へ進むとすることはないのであろう。彼らは、健常な発達に比べて劣る点や欠損している点を補おうとして、そのような進み方をしているのではなく、彼らとしては精一杯の、ようやく到達した地点なのである。しかし、そこから少し進んだだけで、彼らは自ら世界に向かうことを回避し、それ以上進みたくないかのような振る舞いをする。課題に向かって新たな経験をしてしまうと、なぜ彼らは困るのであろうか。なぜ彼らは一生懸命課題に向かう振りさえして、真に課題に向かうことを回避したいのであろうか。発達は前へ進むベクトルであって、発達の進み行きの中に停滞や後退のベクトルは含まれていないはずである。また、ある時点で、発達とは逆の方向に作動するようなトリガーが彼らの脳損傷の初めからセットされるとは考えにくい。すなわち、彼らにとって、非常に都合が悪い事態が生じるために、こうした事態が引き起こされていると考える方が自然である。

彼らがもっとも苦手な課題は、身体に感じ取ること、身体で世界を感じ取ること、自らの

身体とともに世界に向かうことである。特に、身体の重さを自ら支持することや、支持しながら動くことは、もっとも難しく感じる様子である。そうだとすると、リハビリの結果、さまざまに感じ取ることができるようになったとしても、彼らにはやはり「重さを持った自分の身体」があるようには思えないということが起こっているのではないかという疑問が湧く。すなわち脳性麻痺の子どもたちは、脳損傷後の機能解離の時期に、自分自身には重さを持った身体が在ることが現実的ではなくなり、それが解決されないままに大きくなっていくことが多いのかもしれない。彼らが事例のように高い知性を持っていれば、たとえ身体に重さを感じられなくとも、自らの身体や周囲の人々の身体を見ることによって、身体の形と動きを学習することはできるであろう。自らの動きによって位置が変わるということを学習することもできるであろう。また、意識の下では身体の物理的な重さに対して身体自体が反応することができ、首も据わるのであろう。身体の重さは、身体が面と接触する部分で自ら感じとる以外にはない。経験上、身体に重さがない以上、それを支えるという行為も起こるはずがないと考えられる。

彼らの身体のわからなさは、成人の半側空間失認に似ている。半側空間失認の人は、一方の側（多くは左）を無視し、その側について尋ねられるのを嫌い、尋ねられると不安になる。彼らもまた、本当のところよくわからない身体について問われるのを非常に嫌がり、脳損傷という事態の最初から、自らの身体への無視や、敢えて注意を向けない（非注意）ということが起こるように思われる。そして、成長するにつれて、知識として獲得した身体について重さを問われる課題に遭遇すれば、儀礼的な振る舞いになったり、省力化を望んだりするのであろう。

障害とは、当事者にとって過酷である。そのままではシステム自体が破綻する。リハビリを行えば、重さのない身体や敢えて注意を向けない身体が課題にならざるを得ない。そこで彼らは、大急ぎでそれを回避する準備をし始める。せつかくある程度まで進んでいったとしても、彼らは自らの発達自体を不安要素としてしまうのである。そしてさまざまに停滞することによって、身体がなければ進まない課題に向かうことを少しでも遅らせようとする。あるいは、システムが破綻に向かうことを少しでも遅らせようとする。それはまさしく生存適応戦略である。すなわち、通常であれば「私の身体」と言えば重さが伴い、「私が動く」と言えば支持を含むという発達上のなりゆきが脳損傷によって覆され、それがこれからすべてが始まる子どもに起こったことである以上、そのまま出発せざるをえなかったのであろう。

脳性麻痺には、自分自身の身体の重さを感じ取れないという形で身体が計り知れないほど非現実的なものになるという病理が内包されているように思われる。目に見える子どもたちの振る舞いは、重さを持った身体を問われないための、あるいはそれを不問にしてさまざまな行為を遂行するための、必死の振る舞いなのである。彼らは、少しでも前に進もうとする発達のベクトルを持ちながら、自らの現実味のない身体に直面することに耐えられず、停滞

することを自ら望んでしまうと考えられる。

おわりに

リハビリをかなり辛抱強く長期にわたって行うのであれば、彼らは見ることや動くことを獲得し、意図を持ち、予期や選択や探索を自らの行為とすることができるようになる。ただし、彼らが停滞に向かっているときに、少しでも前へ進めようとするのは容易ではない。

停滞しようとする彼らをどのように前に進めるかということも重要であるが、そもそも彼らが停滞に向かわないですむようなリハビリはさらに大切である。彼等はある定まった理念に従ってリハビリをすれば前へ進めるほど単純ではない。しかし、これまでのリハビリも、彼らが自らの病理に真っ向から直面するようなものであった。それはリハビリの失敗である。したがって、これからのリハビリは、もう一段細かい治療戦略を持つ必要がある。少なくとも、彼らの身体が重さを持った現実の身体であることを、彼ら自身が感じ取れるようなさりげない課題が（ちょうど重症児に地道に行なうような課題が）、関わりの初めから必要である。どのような時期にリハビリを始めようと、いつの間にか彼らが自分自身の身体（重さを持った身体）とともに在るように、関わりの初めから課題の組み方をさらに細やかに考案すべきである。そしてもちろん、本人に対する家族の励ましと、リハビリの行方を見守る家族の寛大さも必要である。

引用文献

1) たとえば、以下の論文が挙げられる。

・ Donald G. Stein, Simon Brailowsky, Bruno Will, 1995, Brain Repair-Neurons, Oxford Univ Press, 49-55

・ Lorenz Gold, Martin Lauritzen, 2002, Neuronal deactivation explains decreased cerebellar blood flow in response to focal cerebral ischemia or suppressed neocortical function, Neurobiology, PNIS (Proceedings of the National Academy of Sciences) Vol. 99, 7699-7704,

機能解離は、ロシア系スイス人の神経病理学者 von Monakov が1914年に最初に報告したとされ、現在でも、代謝や血流の点から検証され、支持されている。

2) たとえば、以下の論文が挙げられる。

Hiroshi Shamoto, Harry T. Chugani, 1997, Glucose Metabolism in the Human Cerebellum : An analysis of Crossed Cerebellar Diaschisis in Children with Unilateral Cerebral Injury, Journal of Child Neurology, 12(7), 404-414

3) 人見眞理、2010、リハビリのポイエティック 神経現象学リハビリテーションの臨床、

現代思想10月号、青土社、188-197

障害の種類とそれぞれに対するリハビリの内容の違い、それぞれに含まれる病理について言及した。

- 4) 河本英夫、2006、システム現象学 オートポイエーシスの第四領域、新曜社、409-414
- 5) 一側の麻痺傾向によるリハビリ内容の違いについては、3) の他、以下の論文でも言及している。

・人見眞理、2009、「現れ」考 沈黙する身体からの手続き、現代思想フッサール特集号、青土社、210-223

・人見眞理、2010、周産期脳損傷児の発達－その傾向と対策－、神経現象学リハビリテーション研究No. 0、神経現象学リハビリテーション総合研究センター、21-40

※この事例は、「左片麻痺傾向」（左半球の見かけの優位性）であり、その特徴である、自らの望みを母に実行させる（判断や実行を他者に委託する）ということが起こったが、往々にして、委託する相手がセラピストである場合もある。こういうことはやりたくないと言って、自分が簡単にできることばかりを要求するというのは、よく見られる現象である。

- 6) 人見眞理、2008、「ゼロのキネステーズ」までに、現代思想メルロ・ポンティ特集号、青土社、209-210

本文にあるような、症例への共感を、他児とともに紹介し考察している。

The development of Cerebral Palsy — discussion with a single case study —

HITOMI, Mari

Summary

Children with perinatal brain lesion will start their life surely with diaschisis in their brains, and the trials of neurons to link together into some networking will be followed when the lesion is not so serious. The reason why their developments are so special is that they seem to become to get behind proceeding for themselves. They certainly have abilities to proceed, but frequently they try to escape from the exercises for them even though they have had the long term rehabilitation. This paper considers the single case study concerning the cause of their behaviors.