OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	空間知覚は身体表現と共になされるものである : 左半側空間無視の人はパースペクティブを失うことは出来るのか
Author(s)	玉地, 雅浩
Citation	臨床哲学. 2012, 13, p. 2-22
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/9086
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

空間知覚は身体表現と共になされるものである
― 左半側空間無視の人はパースペクティブを失うことは出来るのか

玉地雅浩

1. はじめに

本論は脳卒中後遺症により左半側空間無視[1]を呈する患者の例を通して運動と感覚や知覚の連関関係について考察する。医学・医療に従事している人たちの間では患者の症状の原因を説明する際に、患者が左側の世界を認識できない、あるいはそちらに注意を向けることができないために無視してしまうのだと言われている。しかしこの説明では左半側空間無視の人は左側に注意を向けられないという病気の特徴を用いて病気の原因を説明しているだけである。しかも無視と同時に身体の使い方の変化も生じているのに、その原因については言及しないまま症状の説明がなされている。医学・医療の世界では患者はなぜ左側に注意を向けにくいのか、その理由を説明できる決定的な説はまだ無いのである。

左半側空間無視がなぜ生じるのかについて確たる説が無くても理学療法士は患者と共に動きながら、患者が左側の世界に対して徐々に注意を向けることができるように再学習を促していく。そのために理学療法士は左半側空間無視の人と練習すべき動作をまず見せた後、実際に患者と一緒に動く。あるいは口頭指示や説明によって運動を伝えようとする場面が多々ある。だが患者にとっての上下左右前後という方向性やパースペクティブ性は私たちとは大きく異なる面があるように見える。そのため患者への口頭指示が上手くいかず、理学療法の遂行に難渋することをよく経験する。そこで本論では患者が左側に注意を向けることが出来ないということを根本的に考えてみたい。

左半側空間無視という現象を呈する患者の多くは半盲[2]と呼ばれる状態のように視野が欠けているために見えていないわけではない。患者の中には左側からの視覚情報はあるが左側の空間が歪んでいる、あるいは縮んでいるように感じる人がいる[3]のも事実である。つまり左半側空間無視は左側が見えないわけではない。また左側という領域が存在することを完全に知らないわけではなさそうである[4]。しかし患者の視野の左右それぞれの方向への空間の広がり方や、右や左という区別が私たちと異なるあり方をしている可能性がある。

患者にとっては真ん中を境にして右、左という分け方が成り立たないのであればそれはどのように知覚されているのか、この点について考えてみたい。その際に、さまざまな日常生活場面における現象の記述を通して、これまで気付かれることがなかった身体の働きを浮かび上がらせてみたい。

2. 光景と交流する身体

(1) 左半側空間無視を呈する人に見られる奇妙な現象

左半側空間無視の人は右側に人が居る場合や動くものがあると直ぐに右を向き、見ているものから視線を外すということができなくなる。症状が強い人ほど右側の方に顔や視線をずっと向けている[5]。困ったことに凝視している状態から瞬きを起こす事が難しい。そこで凝視しているものから視線を外すために、そして顔や視線が左側の空間に向くように患者に口頭指示や課題を提示しても、見ているものから視線を引き離すことができない。また正中線を越えて左側すなわち麻痺している側に視線を向けることはさらに難しい。

ただここで注意しなければならないのは、患者が左側からの聴覚的な刺激[6]も入りにくいという点である。人が歩く音によって一度患者の顔や目が右を向いてしまうと大変である。左側へ注意を向けることが困難となる。それは右側からの聴覚的な刺激には非常に過敏なためでもある。

ところが興味深い現象が見られる。例えば、患者が一度右側に顔や視線が向いてしまうとそれまで小さな物音にさえ敏感に反応していたのに、周囲から「顔を真っ直ぐ向けて下さい」、「こちらにも面白いものがありますよ」といくら声をかけても周囲を見回すような仕草をとらない。一度顔や視線を右側に向けてしまった患者は左側だけでなく右側から声をかけて聴覚的な手がかりを投げかけても全く反応しない。声がどこから聴こえてくるのかと興味を示さない。左半側空間無視の人は音が聴こえている素振りさえ見せてくれない。瞬きをする、視線が変わるということは、その都度自覚して行われている訳ではないが、このような動きが生まれなくなると、他の身体部位を動かす事も困難になる。そのために日常生活で困る場面が色々と出てくる。そこで顔の向きや視線の動きが身体の運動において現われてくる意味を次節では考えていきたい。

(2)　複数のリズムが生まれるということ

車を運転していて狭い路地に差し掛かるとき、壁面を擦らずに、車が通れるかどうかを確認するために左、右としきりに頭や目を動かして、路地の幅と車幅との関係を確認する。車を傷つけないように注意を要する場面になるほど、このような動きが見られる。ハンドルがぶれないように慎重に体を動かすために筋肉は緊張して力が入る。呼吸も段々と小さいものに変化していく。時には呼吸を止めたりしている。その一方で頭や目はしきりに左右に動かしている。このように私たちの身体は各部を大小さまざまなリズムで動かすことが出来る。そして異なるリズムが互いに協調しているからこそ、集中を高めることや注意を向けるべきところに安心して力を注ぐことができる。そんな身体の働きに支えられつつも、そのような身体の使い方の中に、車を擦らないためにどの辺りを注意して見ておくべきなのか、その集中を高めている様子が表われている。身体各部が協調しながらさまざまなリズムで動く中で頭や視線も動かしながら、道幅や進行方向や速度を光景の流れとともに捉えている。このような身体の運動感覚を伴った知覚に裏打ちされているからこそ、私たちは安心して動くことができるのである。

このような運動感覚のあり方について哲学者の菅野はメルロ＝ポンティの論考に触れながら絵を観るという行為を例に、次のように述べている。

「メルロの知覚主義によれば、視覚 (知覚物が視野に出現するはたらき) がすでに身体性の転調としての〈表現〉であり、画家が筆をとって描く文字どおりの絵とは表現としての視覚の分身、自乗された表現にすぎないからである」[7]。

ここで患者の例ではなく絵について言及している箇所から引用したのは、あるものに出会った時にそのものの意味に応じた身体の使い方がその都度産み出されるという点から、私たちは学ぶべきものがあると考えられるからである。

例えば私たちは美術館などで絵を鑑賞する場合、それぞれの絵によって立ち位置を変える。絵に対する距離や観る角度を変化させ、さらには少しかがんで見たり、身体や首の傾きを変えたりする。場合によっては眼を細めたりじっと見たりする。その絵を観るために、あるいはその絵と出合うためにふさわしい立ち位置や姿勢、そして視線の送り方や焦点の合わせ方を変化させているのである。このようなその絵を観るに相応しい立ち位置や姿勢や眼の焦点の合わせ方、つまり絵に出会うための身体の応じ方のような身体の働きは美術作品と出会うような場だけではなく日常生活にも必要となってくる。

上述の議論に引きつけて考えるとすれば、車で交差点を通過する際は人が飛び出してこ

ないか、車が急に進路変更しないかと運転のため予測しなければならないことが多いため周囲を確認することも増える。頭や眼をキョロキョロと動かすことが多くなるに従って、ドライバーはアクセルを緩める。それはあちこちに視線を動かし周囲を確認するための動作が増えたから、あるいは正面を見ている時間が減少したためにスピードを落としたのでもない。むしろ反対に周囲を確認しないといけない状況に応じて相応しいスピードや身体の動きになったのである。状況から問いかけられている身体にとっての意味は身体表現として表われるものでもある。

歩いて移動するにしても、車を運転して移動するにしても、移動しながら繰り広げられる光景が自分にとってどのような意味があるのか、その意味に応じている身体の使い方や働きの中で生み出されるものが頭の動きや視線の向きであり、注視の程度も転調する身体に応じて変化するという事態に菅野は言及していたのである。

(3)　光景に出会いそこに住み生活するということ

自らは車いすをこぐなどの操作をしていない人であっても、車を運転する時のような事態は観察される。自分が歩き移動するつもりで他者に車椅子を押してもらっている人は周囲に向けて頭や眼をしきりに動かしている。それは車椅子の進むスピードや緩急のリズムとは独立したリズムを形成している。患者が病院の狭い廊下を歩いている際に歩く速度を落とさないと向こうからやって来る人と上手くすれ違えない時がある。また車いすをこいでいる時に部屋の前に置かれている物と衝突してしまい通行を邪魔される事がある。周りの人の歩く調子に合わせて行き来する、あるいは物に衝突して壊したりしないように廊下を歩いて移動する人は周囲の人や物との位置関係を常に捉えている。それゆえ車いすに乗って脚は動かしていなくても歩いて移動するつもりで車いすに乗っている人は、その状況において自分の出来る事を探る行為として頭や眼を動かすということが表われている。

一方、自分で移動するつもりがなく、単に車いすに乗っているだけの左半側空間無視の人の視線は所在なく一点を見ている。あるいは人によっては一定のリズムで周囲を見回している。両者ともその視線には何かを見ているという力はない。病院の狭い廊下で人が突然現われても、あるいは人とすれ違うために車椅子を壁際に寄せても驚いた様子を見せない。病棟の廊下のつなぎ目の段差のために進むスピードを落としても、そのつなぎ目など周囲に視線を送ることはない。渡り廊下になり突然周囲が明るくなり風が頬をなでても周囲を見回したりしないし、気持ちよさそうな素振りを見せない。相変わらず一定のリズムで頭

や眼を動かしているが、その動きは規則正しい。また患者の中には前述したような頭や視線を右側に向けたまま一点を見つめ瞬きもしない人たちがいる。

私にはどちらの患者から発する視線にも力を感じることはできない。つまり左半側空間無視を呈する人で頭や視線を規則正しく動かす人であれ、一点を瞬きもせず見続ける人であれ、その人の視線には力がないことが多い。たとえ相手の眼と眼があっても自分に向かって関心や注意が向いて来るような気配がない。このような患者はただ所在なく過ごしている、あるいは患者には居場所がないように私には見えるのである。

(4) 光景を自分のものにするということ

上述を踏まえて、ここで考えておくべき事がある。脳卒中後遺症の人は病気の特性から突然発症し意識を失う事がある。やがて目を覚まし周囲を見回した時、そこが病院のベッドであり自分が病気になってしばらく寝ていた事を直ぐには了解できない人も多い。身動きもできない身体から周囲を見回した時のその光景が、自由に動き回り周囲を見回すことのできる私たちと同じ光景であるかは今後考慮していく必要がある。それは病気になる前と同じ光景が目の前に広がっているのか否かという問題でもある。脳卒中になった人たちにはこのような可能性がある事について哲学者の河本英夫は以下のように述べている。

> 脳損傷後に意識が立ち上がってくるとき、おそらくこの意識は、健常状態の意識とは相当異なったものになる。だが意識はみずからにその外を感じ取る仕組みがない。意識には、覚醒の度合いや緊張の度合いを感じ取る仕組みはあり、集中の度合いを調整する調整能力もある。これらは一般に意識の活動の度合いの感知である。ところがそれ以外の意識の変化は、世界の変化として出現しない。意識の変容と現れの変容は地続きであり・・・中略・・・そうだとすると左側の無視という現れの変容には、意識自身からは感じ取れない意識の変容が含まれていることになる。そしてこの意識の変容は、意識の内部からの探求によってだけでは解明できないのである[8]。

この引用箇所から私たちが汲み取るべき事は、意識は自身の状態と意識自身が病気になる前の状態との違いを比較することはできないと述べている点である。そして意識は覚醒

の度合いや緊張の度合いを感じ取り調整する能力もあると述べている。しかし意識の変容と現われの変容は地続きで一体のものであるため、現われ方が変化していてもそれは自身の意識の変容が生み出したものも含まれている以上、自身の意識のあり方を問い直しても、病気になる前の意識状態と比較する事ができない。病気になり変化した意識や知覚自体はそれ以前の状態と比較するものがない。また自覚的に捉えられる意識や現われが変化していても、私たちは自覚的に捉えられない意識や現われも生み出しながら生きていく以上、これらを頼りに病気になる前の状態と比較し意識や現われが変化した事に気づく事は困難である。つまり意識や現れが変化したという事態に対応していくということが出来ないのである。

例えば脳卒中を発症後、既に歩いて移動できる人が車いすに乗っている場合の景色と、未だ一度も歩いてない人が車いすに乗って見ている場合の景色は、同じ病院の廊下を通ったとしても、異なった様相を帯びて表われてくる。例として歩くことが出来る人がたまたま車いすに乗せられて病院の廊下を移動する際には、じっと座っていることが難しいのか常に身体各部を動かしている。よく見るとその動きは歩いて移動する場合に現われてくる身体の動きを車いすに座ったままの状態で行っている。

通行している廊下に人が行き交っている場合には、相手とすれ違う前から少しずつ歩幅を狭めていく。あるいは自分に対して相手が左側を通りそうだから、自分は少し右側に寄っていく。これらの動きはすれ違う随分前から始まっている。また目の前を歩いている人がフラフラ歩いていて自分よりバランスが悪そうな人であれば、その人を追い越そうとする際にはいつもより大きく迂回する。相手の進行方向を邪魔しないように移動する。このように相手とすれ違う、あるいは追い越す場合には相手と衝突しないように相手にあまり近づき過ぎないようにする。またバランスが悪い人のあまり近くを通り過ぎると相手を驚かせて転倒させてしまうので大きく迂回し、追い抜く時に歩幅やピッチを上げ一気に追い越す。歩ける人が車いすに乗って移動している際には状況に応じて身体の使い方が変わる、そんな転調する身体が座っていても現われてくる。車いすにじっと座っているだけでも、歩ける人はその状況に無関心でいられないのである。

車いすに乗って押してもらっていても自分が歩いて移動しているつもりの人は周囲を見渡し、目の前に広がる光景に参加しており身体各部に協調したリズムが見出される。それは車いすを押している人にも波及し同期化していくことがある。それゆえ車いすを押す人は人通りが多い所に向かっていく際には徐々にスピードを落とし、周囲の人に「車いすが

通りますよ」と声をかけ、人の流れを邪魔しないように進行方向を変えていくその行為の中で、車いすの動かし方や身体の使い方が生まれてくる。その場の状況にどのように参加するかは押す人だけで決まるのではない。その光景に参加している車いすに乗っている人の光景に、押す人も参加しているからこそ周囲を見渡しながら車いすの押し方を変える。車いすを押す人の身体各部に協調したリズムが見出される時、車いすに乗っている患者も安心してその状況に参加している様子が、その姿勢を保つための全身の力の入れ具合や身体の動きとして表われている。

ところが発症後一度も歩いてない人が車いすに乗って見る光景は、歩いて移動するときのように運動感覚を伴っていない。少し上り坂になっている病院のスロープに差し掛かった時、私たちはいつのまにか身体を前に傾け脚を広げ一歩一歩踏ん張りながら前へつんのめるような感じで足を踏みしめる。先ほどまで平地を歩いている時には顔を上げ真っ直ぐ前を向いているため正面に見えていた廊下の白い壁や視野の下の方でチラチラしていた緑色した廊下にあたるものが、スロープに入った途端脚を広げ身体が前のめりになり顔も少し下をむくため、先ほど下の方に見えていた緑色の廊下が今は目の前の光景をほとんど占めている。このような歩いている時の光景、すなわち自分の身体を動かし移動する際に繰り広げられる運動感覚を伴った光景を思い浮かべることさえ出来ない人が患者の中にはいる。

脳卒中により意識を失いやがて回復するに従って意識が少しずつ戻ってきたとしても、意識の変容は連続して起こるものであり、変化する前と後が地続きであるため意識自体がその変容を捉えるためには意識を見つめ直す視点がいる。そのためには病気になる前と後の意識の変容を比較する視点を持つための手かがり、つまり患者が今置かれている状況を乗り越え生きていこうとする際の行為の手かがりを提供していく必要がある。

なぜなら自覚的に捉えられる意識の変容も時にはあるが、多くの場合他者からみて変化した点を本人は自覚できず、しかも周りから観察できない意識の変容や現われの変化が程度の差はあれ脳卒中を発症した人の中にはあるからである。いつの間にか変容した意識や光景の変化を捉えられず、今生きている光景が全てとなり、違う光景が生み出される身体の使い方を忘れている、あるいは経験していないために思い浮かべられない。そんな患者の光景についてもう少し考えていきたい。

3. 光景と対になっている身体

(1) 見えない所から自分が押されている事が分かるのにも能力がいる

脳卒中により突然意識を失った患者が再び眼を覚ました時、自分がどこにいるか直ぐには分かりにくいようである。病院にいることさえ分からないまま寝ている患者もいる。目が覚め意識がハッキリしてきても目の前に広がる白いものが天井だと即座に認識できる訳ではない。そんな患者の中にはベッドの上なのか床なのかさえ分からない。また天井を向いているのか横になって壁に向かって寝ているのかどうかが分からない人たちがいる。自分がどのような場所で、どのような姿勢で寝ているのかが直ぐには了解できないのである。重症な患者にとってはベッドに寝ていることや、そもそも寝ている姿勢かどうかさえ確信を持てないままの状態なのである。

さらに困った事に患者の中にはベッドから転がり落ちそうな感覚を伴いながら寝ている人たちが多くいる。ベッドのクッションの反発力やぴんと張ったシーツの緊張が強いとそれは身体を浮き上がらせる感覚を生む事になる。意識が充分に覚醒しておらず、運動や感覚麻痺の程度が重たいなど重症な患者にとってはどこに転がるか分からない。そんな不安を抱えたまま患者は病室で寝ているのであるが、実際にそんな事態になれば大変な事である。しかし患者にとってクッションの弾力は身体を浮き上がらせ、予期しない方向に身体を持ち上げるように感じている可能性がある。それは見えない所から身体を押し上げ、転がすような力かもしれない。

その力がどの方向から押し上げてくる力なのか、常に同じ強さで押してくるのか、そしてその強さはどの程度なのかと患者は探っていく事ができない。押し返しているつもりのその時に感じる圧迫感や衝撃がどの方向からやってきているのか、正確に区別できないのである。すなわちその力に的確に押し返しているから反発として帰ってきた力なのか、上手く押し返せないまま相変わらずぶつかってきている力なのか患者には判別できないのである。

(2) 患者は認識の問題ではなく実存的な問題に迫られている

患者は押されていると感じた場合には既に押し返す行為が生まれており、身体は降りかかってくるその力と押しつ押されつの関係にある。どちらの方向からやってくるかと自覚的に捉え直す前に、押し返すというその行為が向かっている方向は向かって来る衝撃や圧

迫の方向と相対するように行っている。仮に身体が力の方向性を感じられるとするならば、あるいは押されているという事が分かる身体は少なくともその力の向きを感じるだけでなく、押し返すという行為を既に行っている。

しかし重度な左半側空間無視の人は自分に降りかかる力があると途端にキョロキョロと周囲を見回すが、その顔や眼が向ける方向はやみくもでほとんど押してくる方向を向くことが出来ない。あるいはバランスを崩すような衝撃が加わった瞬間に身近な物を力一杯握りしめ、全身に力をいれて身を丸めて出来るだけ動きにくい姿勢をとってしまう。

また重度の左半側空間無視の患者の中には自分の身体の姿形を思い浮かべることができない人が多い。家族や医療者が見て患者の身体がベッドに触れているように見えても、今、まさに触れている箇所が身体のどこにあたるのか患者は理解できない、あるいは捉えられないようである。その衝撃や圧迫感はどこからどの方向に押してくるのか、その力をどの部位から感じているのか判別できない。患者はどこから来るのか分からないその力にぶつかる事もできない。あるいは抵抗感としても感じられないとするならば、ぶつかってくるように感じる力という表現は正確ではないのかもしれない。

そのような弾力性や反発力として充分に感じられないまま、患者にとっては目に見えない方向から見えない身体部位にぶつかってくる力でしかなく、患者の身体にとっては見えない所から突然ぶつかり押してくるような力でしかない。ベッドの弾力性や反発力というものとして感じる方法は持ち得ないのである。力を入れたら押し返してくる。それは押されているが自分も押しているからである。そして押し返すという行為は身体がどこかで支えられ踏ん張る事ができるからこそ可能となる行為である。

しかし患者はベッドに触れているその箇所をよりどころに押し返す。そのために他の身体部位が踏ん張るというような行為が生まれない。押されている事自体を充分に捉えられない身体には、その衝撃や圧迫感を押し返す行為は生まれてこないのである。衝撃や圧迫感を抵抗感としてさえ感じられない。自分に降り掛かってくる力を上手く判別できない患者が押し返そうとするその時に、身体を支えてくれる支持面としてのベッドに身を預けられない。すなわちしっかりとベッドの上で踏ん張る事ができない。ベッドに支えられていると感じられないだけではなく、持ち上がったように感じた身体はたまたま触れた柵を強く握りしめている。一体自分の身体はどうなるのかという差し迫った問題に患者は直面しているのである。

4. 光景を自分のものにするということ

(1) 上下という方向性が生まれるとき

ベッドから転げ落ちそう、転落しそうだという感覚は患者にとって不安で恐怖である。左半側空間無視を呈する患者の多くはベッドの上で全身に力が入り身を丸くしている。さらに動く方の手は転げ落ちないように柵を握りしめながら、肋骨が柵に食い込む位身を寄せている。何とか身を預けられるよりどころを見出そうとしているのである。ところがこのような姿勢は医療者や家族にとっては問題のある姿勢だと考えられている。床ずれを作らないために姿勢を変える体位変換や服を着替えさせたりする時に大変な労力を必要とするからである。柵を握っているその手を離そうとしても容易には離せない力で握り続けている。また肋骨を柵に押し付けている姿勢を真っ直ぐに寝ている姿勢に戻しても、いつのまにかまた元の柵に身体を押しつける姿勢に戻ってしまう。修正してもきりがない。

しかし、このような姿勢を取っているのは、患者にとっては今、ここから突き上げられる、あるいは落ちそうというように下から上、反対に上から下という移動や運動を伴った運動感覚､すなわち上下という方向や向きというものが生まれる芽があるからこそである。それゆえ患者が身動き出来ない位柔らかいクッションで身体を支えようとするポジショニングを行う事や柵を握れないように手に袋をかぶせてしまう事は、転げ落ちそうという不安感や恐怖に対応しようとする身体の使い方が生み出される芽をつんでしまう事になってしまう。さらにこの事は自分がどこに寝ているかという認識や実感を生み出しにくくする可能性を指摘しておきたい。

予想もつかない方向から押され、圧迫感やどこかに飛んでいきそうな感じにどのように応じたら良いか分からない。そんな状態で寝ている患者はとりあえず精一杯力を入れ、たまたま触れた柵のその固さを頼りに患者は身体を押しつけている。柵にかろうじて寄りかかる事によってベッドから転げ落ちそうな、あるいは飛ばされそうな感覚を止めようとしているのかもしれない。あるいは転がり落ちそうな身体を支持してもらえる点を探している行為かもしれない。このような現象を見ているとベッドであろうが布団に寝ていようが不安を抱えながらでも寝ることができるということが意味を持っているということに気づかされる。

患者は自分がどこに寝てどのような姿勢を取っているか分からない。だが柵に肋骨が折れんばかりに押し付ける行為は自らが寝ている所よりも低い所があるという事態を身体が

既に表現している。身体が落ちると感じたとき、今寝ている所より低い所があるという事を患者は捉えているという事である。つまり転がり落ちそうと感じているのであれば、今寝ている場所より低い場所がある。すなわち高低差が生まれる際の高い方の面で寝ているということになる。自分にとってどちらが高い方であるか、そんな基準が生まれつつあるのである。それは同時に今、ここで寝ているという感覚を生み出す可能性が残されているということである。

患者が今寝ている場所を患者自らは客観的空間の中で位置づける事はできない。しかし、患者がそのような姿勢をとるのは、周囲との位置関係を把握しておらずどこか分からない所ではあるが、少なくとも患者が寝ているその場所から上や下というような向きや方向が生まれてくる可能性があるからだと考えてみたいのである。それゆえ柵にしがみついているその姿勢を問題のある姿勢として考えるのではなく、上や下という向きや方向性が生まれつつあるものとして活用しながら、患者が周囲を探り自分がどのような場所で寝ているのかを理解するきっかけとして理学療法士は利用してみる。それがまた患者が安心して寝ることに繋がると考えているのである。

しかしそれでも肝心の触れて接している所、それがどこにあるか、すなわち自分が今、「ここ」に寝ていてもいい、少し大げさな表現をすれば「ここ」で生活し生きていく事が出来るという確かな感覚や安心感、それに身体を支えられて周囲を探っていくというそんな生活の基盤が未だ充分には立ち上がってこない人たちが居る。なぜ患者にとってこの事が難しいのかをさらに考えていきたい。

(2)　重さは重力だけではなく、支持面を利用する働きが必要である

以上の考察で見てきたように、患者はベッドに身をまかす事ができない。身体の「重さ」を支えてもらっているという感覚を得られないという表現を筆者は用いてきた。だが患者が落ちそうだと感じているその時に、自らの身体が物体としての重みを持っている事を感じられる事はそれほど簡単なものではない。すなわち身体の重みは重力下で生きている私たちがいつのまにか感じられるようなものではないのである。

身体の重さを経験する。その意味について例えば哲学者の河本は次のように述べている。

> 身体をもつかぎり重さをもつ。頭を支えるだけの姿勢が取れなければ、頭は限りなく重い。つまり限定できる重さになっていない。寝たきりであれば、この頭の重さをそ

れとして感じとったことがないはずである。この場合､頭を体幹に載せるようにして、頭の重さの差異を感じとることができれば、身体がここにある、というもっとも原初的な身体内観を手にすることができる。[9]

頭を持ち上げ保持するというただそれだけの行為においても頭の重さを保持する機能が要求される。そしてもし頭の重さを感じ取る事が出来れば、自分の身体が確かにあるという実感のようなものを経験することができると言うのである。その一方でそのような身体の働きに支えられないと私たちは頭の重さでさえも経験する事が出来ないとも述べている。河本のこの文章をさらに理解するために、以下のような場面を例に説明していきたい。

寝ている患者の頭を持ち上げるということは外から観察している人から見れば、患者の頭を持ち上げそれ以外の身体の部分がベッドに残ったまま頭だけが持ち上がる。ただそれだけの体験の様に見える。しかし転がり落ちそうだと感じていた身体において一部とは言え重力に抗って頭を持ち上げる。そのためには頭を持ち上げる時には頭の重みを支えるために、それ以外の身体部分はじっと動かずに安定しておかなければならない。

だが頭を持ち上げる事を可能にするためのその身体の使い方を、脳卒中という病気を発症後に患者は一度も経験していない。それゆえ頭の重みを支えるためにはどのような身体機能が必要なのか、つまり患者の動作を手助けする側・介入する側の視点だけから考えるのではなく、重みを支えるという体験がどのような知覚世界を生み出すのか、この点についても考える必要がある。

なぜなら先ほど述べたようにベッドに弾き飛ばされるように感じている左半側空間無視の患者ではベッドに身を預けられない。身体の一部を持ち上げるために本来は参加しているはずの身体部位がベッドに支えられていない。患者がそう感じている時に頭を持ち上げるという動作は、私たちが外から観察して理解しているつもりでいる動作とは異なるからである。

例えばベッドの上で仰向きに寝ている。この際、両脚を少し広げ両腕は胴体や腰の上に載せずに本人が一番楽な位置においておく。この姿勢から運動を開始する事にする。まずアゴを引いて頭の一部を持ち上げる。これだけでも頚の前の筋肉だけでなく胸郭 (胸) の辺りにも少し力が入るのが感じられる。さらに頭をベッドから持ち上げ肩も上がりだすと今度は腹筋が働いていることが本人にも分かるようになる。さらに肩から胸の辺りまで持ち上がってくると腹筋が強く働き本人はほとんど自覚できないが、両脚が少しずつ内股の

状態になっていく。これは頭から胸郭を持ち上げていくという動きに徐々に両脚の筋肉も参加していっている状態なのである。すなわち、起き上がる中で、その人の身体において頭の重さがこの程度だという事が刻々と変化する身体の使い方によって示されているのである。それは河本が先ほど述べていた頭の重さが動作の中でその都度限定される事によって可能となる身体の使い方なのである。

ところがこのような身体の働きが無ければ身体の一部であっても身体を持ち上げていく、すなわち起き上がるという経験をする事は難しいのである。そう考えているからこそ左半側空間無視を呈する人に対する起き上がりの練習にはさまざまな工夫や配慮が求められる。だがその点についての詳細はここではこれ以上は取り上げずに、最後に視線を動かさずに姿勢を変える、あるいは動き続ける時にその知覚世界がどのように表われそして運動を生み出し誘導していくか、この点について述べていきたい。

(3)　身体は知っている

患者は顔や視線を常に右側の空間に向け、しかも誰かがそばを通る姿を見た時やその人の足音を聞いてしまうとより右側の空間を向いてしまう。一旦向いてしまうとそこから顔や視線の向きを変えることができず、じっと同じ所を見ていると先に述べた。左半側空間無視の症状が重度な人ほど瞬きもせず、視線や頭をなかなか動かせない。たとえ動いても正中線や左側の空間まで視線や顔を向けられない。そんな患者の頭を持ってベッドから持ち上げてみる。すると患者は恐怖のあまり引きつった顔をする。ますます瞬きをしなくなるだけでなく眼を大きく見開き、視線が凍りついたように一点に張り付いてしまう。

この状態から顔や視線を動かすと患者にはどのような光景が生み出され、その光景の中で私たちはどのような身体の使い方が生まれるのか、この点について考察するために次のような体験を紹介してみたい。まず両脚を肩幅位に広げて立つ。体幹や下肢は正面を向いた姿勢のまま、顔と視線だけを右 45°くらいの方向を向いたまま歩いてみる。すると実際にやってみれば直ぐに体感できるが真っ直ぐに歩く事は難しい。今度は視線だけを右 45°方向に向けたまま真っ直ぐに歩いてみる [10]。視線の向きだけを変化させたにもかかわらず、自然と顔や肩も少し右を向いてしまいそうになる。さらに真っ直ぐに歩いているつもりでも自然と右回りに進んでしまう。このまま廊下を歩いていくといつの間にか右側の壁に近づいている。視線だけを右 45°くらいの方向を向いたまま角を右に曲がる場合と左に曲がる感覚を比較すれば、明らかに右に曲がる方が行いやすい。実際に歩いてみる

と直ぐにその差を実感することができる。

この体験でもう一つ実感できるのは身体の正面や右方向や左方向という向きである。それは、動く時に自分の身体を中心にしてどちらの方向に進んでいるかを捉えるのに利用していると言われている身体にとっての参照軸としての上下・左右・前後の向きが身体各部に備わっているという実感である。その参照軸は各関節や眼や手などそれぞれにある。また身体各部の向きは実際に動いた時に感じる運動感覚などさまざまなものから構成されているという実感である。

まとめると、顔や視線だけでも右側を向いたまま歩いて進もうとすると進行方向が自然と右を向いてしまう。左回りより右回りの方が進みやすいというように身体の一部が身体全体の動きを誘導してしまう事がある。それは身体各部が自らの前後・左右・上下という方向性をそれぞれ持っていると同時に身体全体がそれらを一挙に束ねる働きを持っているから可能となる行為でもある。もしこのような働きがなければあえて顔だけ横に向けて隣の人と話ながら真っ直ぐに歩くという事もできないだろう。会話をしながら並んで歩くというのは身体全体では真っ直ぐ歩いているが顔だけは隣の人に向いている。これは、身体全体としての方向性と身体各部がそれぞれ持っている方向性が一挙に協調して働いているからこそ可能な行為なのである。このような身体の働きに支えられている時には、進行方向を真っ直ぐ見ながら歩くのではなく、また逐一進行方向を確認しながら自覚的に調整するわけでもないが、何となく進行方向が真ん中になるように視野や視線を作っている。だからこそ真っ直ぐに歩く事ができるという点は大事なのである。

(4)　動きの中に知覚が現われるということ

視線だけを右 45° 方向に向けたまま真っ直ぐ進むつもりで歩いている人を注意深く観察すれば、以下のような現象が見られる。全身の筋肉に力が入り肩をいからせ肘や膝を曲げ、緊張したまま歩いている。すなわち脳卒中後遺症の人によく見られるような姿に近づくのである。また普段の生活で歩いている時には気づきにくいが、道や廊下の角を曲がる時には自然と顔や視線の向きが変化している。歩きながら進行方向に少しだけ先回りして顔や視線が向いている。それは曲がる際に周囲の安全を確認しているだけではない。

前庭動眼反射[11]の影響によって顔の向きに合わせて視線の向きが変化している。あるいは立ち直り反応を用いてこのような行為が可能なのだ。このように医学的な知識を用いて、歩きながら角を右側に曲がる際の顔や肩の向きが、実際の脚の運びよりもついつい先に右

側を向いてしまう事を説明するのは簡単である。

むしろこの体験を通して注意すべき事は、周囲の状況と密接な関係を結んでいる身体においては、その身体に表われた頭の向きそして視線の動かし方や焦点の当て方自体が、その状況に参加する転調する身体として表われているということである。そしてその身体の動き方、ここでは眼差している身体が視野を産み出し、そこにものが表われてくる。そして視野に表われたものの知覚的・実存的な意味を身体運動として表している。前述したメルロ＝ポンティからの引用箇所をここでもう一度紹介してみる。

> 私の動く身体は目に見える世界に属し、その一部をなしている。だからこそ、私は自分の身体を〈見えるもの〉のなかで自由に動かすことができるのだ。他方また、視覚が [身体の] 運動に依拠していることも事実である。見えるのは、眼差しを〈向けている〉ものだけなのだ。(『眼と精神』、257 頁)

このような身体の動き方は外から観察できるものであると同時に、本人においても自らが生み出している視野において、視線や頭の向きを変えるその動き方を見て取ることができる。すなわちこのような世界を眼差す視覚のあり方が、自らが生みだしている光景において展開されている事を同時に見て取ることができる。目の前の光景が展開される時に、同時にそこに視線がなめるように壁の上を移動するさまを見て取ることができるのである。また先に引用したすぐ近くの箇所では次のように述べている。

> 私の位置の移動はすべて、原則として私の視野の一角に何らかの形で現れ、〈見えるもの〉の地図に描き込まれる。そして私の見るすべてのものは、原則として私の射程内に、少なくとも眼差しの射程内にあって、「私がなしうる」ことの地図の上に定位されるのだ。(同上)

ここでは移動するに従って見える世界が次々と変化していく。そんな地平の移動を表しているという次元だけではなく、自らが繰り広げ展開しながら生まれる視野において、その光景の中に自らが生み出している視線の動きを、その光景に参加している本人が見て取ることができる。

視野の中で視線が動いている、視線を動かしている。そしてその視線の動きは光景を生

み出すその意味に既に応じている身体表現として表われている。それはまた光景が決して自分とは関係が無いものではなく、むしろその光景を生み出している身体の使い方を自らが生み出している光景の中で見て取ることができるという事である。繰り返しになるがその光景の意味を産み出す身体の使い方を目の前に繰り広げられる光景のなかで捉えることができるのである。

例えば私たちが真っ直ぐに歩くということは身体が進む方向に向いているだけでなく、視線が進もうとする先がいつの間にか視野の真ん中にくるようになっている。おおよそ真ん中辺りに進行方向が、そして視線が向いていることを自覚的に捉え直す事が出来る。また視野で何が見えているかは確認すれば分かる。と同時に自分がある目的地に向かっておおよそ真っ直ぐ進んでいるということを自覚はしていないが自分に示してくれている。

つまり進もうとしている方向にあるものがいつのまにか視野の真ん中にきている。また自覚しなくてもそのよう向きに進んでいる事を真っ直ぐ歩くと言うのだろう。このように視線だけでなく身体各部もそれぞれの働きに応じた向きを持っており、これらを束ねながら正面や真ん中、強いて表現すれば比較的右側や左側という方向性を身体は持っているから、歩きながら横の人に顔だけ向けて話しながら歩くという事もできるのだろう。

5.　今、ここで生きている身体の力でこの状況を乗り越えるために

左半側空間無視を呈する人は左側の空間を無視してしまうために、左側の身体を壁にぶつけてしまう。左足が机の脚に引っかかってしまう。そしてぶつかっている事も無視してしまう。これまで医学や医療の場面ではこのように理解し、患者に対して、そして医療従事者同士でもそう説明してきた。

しかし左半側空間無視の人に表われる身体の使い方を真似して顔や視線だけを右側に向けたまま廊下の真ん中を歩いてみる。真っ直ぐ歩いているつもりでも、いつのまにか右側に寄っていってしまう。このような事態に陥った時、私たちであれば右側に寄っていっているということを理解し、そう言葉で表現する事もできる。あえて言葉にしなくても廊下を歩いていて右側に寄っていっているという事が分かっていれば壁に衝突する前に立ち止まり向きを変える。先程まで移動していた方向よりも少し左側に向きを変える。そんな行動が生まれるのである。

ところが左半側空間無視の人にとってこの少し左側に向きを変えるということが容易で

はない。この点について脳機能を専門とする医師である石合純夫は「右が分かるから左も分かるとは限らない」[12] と述べている。患者の中にはトイレの便座に座り用をたした後、立ち上がって外に出ようとした際に、扉が左側にあるために出口を探せない患者がいる。そこで患者に対するアドバイスとして左側に注意が向かないのであれば、右回りに回り続けていけばやがて最初に無視していた左側にあった扉にも視線を向けられるのではないか、そう考えアドバイスする医療従事者がいる。しかしアドバイスする内容のように考えられ、かつ実行できる患者は症状が軽度な人である。左半側空間無視の症状が重度な人ほどこのような対応は困難である。右周りを続ければ今見ている光景を基準にすれば比較的左側という方向にたどり着ける。そう思いつき実践できるのは既に左、右という方向を対の関係として捉えられているからである。また右回りしている身体を上から俯瞰的に見るような視点も同時に持ち得ないとこのような行為は生まれない。

ここまで述べてきたように左側の空間を無視するという事は同時に右側の空間との関係性も変化する。左と右という対になる方向性を生み出せない左半側空間無視を呈する患者は身体のおおよそ真ん中辺りを境に左と右を比較すればより左側に、あるいはより右側という方向に顔や視線を動かす事が難しくなっている。それゆえ自らの動きを支えるような知覚のあり方を、目の前の光景を生み出せないのかもしれない。また顔や視線が正中線を越えると姿勢や運動を上手く制御できない。すなわち光景や知覚世界が変わってしまう。患者はうすうすこの事を知っているためにあえて顔や視線を動かさないという可能性も残されている。

例えば寝返る際には私たちは頭や視線が寝返る方向に胴体や下肢より先に動いていく。頭や視線など身体各部が身体全体の動きと協調した関係を結べないと光景が回転し滑ってしまう。このような経験を避けようとしている、あるいは動かない方が得策だと左半側空間無視の人は思っているのかもしれない。患者は顔や視線を寝返るという動作の中で、その状況に応じて身体各部を協調して動かすことができない。それは認識や運動機能の問題だけでなく、これらを動かせてしまえば身に危険がおよび取り返しのつかない位光景の意味が変わってしまう、そのことに既に気づいているからかもしれないのである。患者は瞬きをせずに視線を動かし光景を変える事を避けている。そんな風に見える人たちと共に理学療法士は光景の意味を練り直すような口頭での説明、動作方法の呈示や誘導を行う。そして自ら光景の意味に濃淡をつけられるような動く能力を、例えば状況に参加し行為する能力を患者は確保しておく。そのための身体の働きをどう再学習していくかをこれからも

考えていく必要がある。

今、目の前に繰り広げている光景が続いていけば、顔や視線が向けられる先にも私たちがより左側と呼ぶような空間が広がっている、あるいはその反対方向であるより右側という空間が広がっている。そんな今は見えてはいないがこの光景につづく景色がある事を感じている、あるいは逐一確認しなくても捉えられていないと、注意を向けられない方向の空間は患者本人にとっては存在しないのと同様である。

例えば、今から座ろうとするベッドに歩みを進める際にはそのベッドがおおよそ正面にある。ベッドの近くまでやってきて方向転換してお尻をベッドの方に向ける際には、光景の中でベッドが占める位置は刻々と変化している。左回りに方向転換する際にはベッドは右側に流れていく。そしていよいよ座る時にはお尻をおろすベッドはもう視界の中では確認できない。腰を下ろしながら顔を下に向けていく時に、ベッドの縁がわずかに眼に飛び込んでくる程度である。座る際に失敗して転倒するような場面でも、私たちは最後まで対象物と自分の位置関係を眼で捉え、動きながら修正するというような事はしていない。対象物との位置関係に合わせて動く際には目標物が見えている時もあれば見えない時もある。見えていた対象物が見えなくなるということは自分が動いているということも表している。そしてベッドが見えなくなった後の光景は見えている時の光景と続いている。連綿と続く光景の中を自分が動けばこのように光景が変化していく。このことを一つひとつ自覚し言語化できるようには捉えていないが、身体はそのような導きを手かがりに動いている。

それは真っ直ぐ歩いている時には正面に見えていたものが左側に移り、先ほどまで右側にあったものがいつのまにか正面に見えるようになったという見え方の変化は身体が右側に曲がっているという事態を意味している。このように自分の身体を中心により右、左という方向性や向きは大脳生理学で言われるような空間認知を司る大脳や小脳などの脳機能だけで決まるものではない。頭や眼を始めとする身体各部の動きが身体全体の運動の方向性、すなわち動作を導いてくれるものでもある。しかし左半側空間無視の人は歩きながら進行方向を変える時に、あるいは寝返りなどのように身体の向きを変える際に、動きを導くような身体各部の動きが生まれにくい。

視線を固定したまま、あるいは瞬きをせずに寝返る患者と、私たちの寝返りとの違いを取り上げ、どちらかを異常あるいは異質なものとして、解決・改善する点として取り上げる。あるいは単に患者の特性として片付けたりするよりも、表現として表われた動作の様子の相違点と共通点を支える共通の地として働いているものについて考察する必要がある。例えば、

寝返る際に身体が動く前に頭や視線が寝返る方向に向いている。この時頭を持ち上げ向きを変えるためには頭以外の身体部位で頭の重みを支える。そして頭の向きを変える際には重心が刻々と変化していくため、その都度踏ん張る所が変化する、すなわち身体を支える部位が変化していく。幼児の頃繰り返し経験したこのような身体の使い方は一旦できるようになると自覚することなく行っているが、左半側空間無視の人は身体を支えてもらっていると言う安心感を得られないまま寝ている。それは安心感のような気持ちの問題に留まらず、自らの身体の重さを経験する機会を失ってしまうことでもある。また動きながら見出される身体の真ん中、中心を境にするとより右側、あるいは左側という向きや方向性を生み出すことが出来なくなってしまう。患者に限らず私たちの身体を支えてくれる支持面が持つ意味やそれを生み出す身体の働きについて考える必要がある。また今は隠れて見えなくなっても、目の前に広がる光景と連綿と続いていて、行為の際には動作を導くさまざまな手がかりを見出せる光景が続いている。このような身体と光景の関係を感じられる働きを患者も理学療法士も身につけていく過程で、人によって違った様相を伴って現われる光景であっても共に動くための契機を探り見つけ出すことができると考えている。

文献表

- サンドラ・ブレイクスリー＆マシュー・ブレイクスリー『脳の中の身体地図』、インターシフト、2009
- Denny-Brown D. et al., Amorphosynthesis from left parietal lesion, *Arch Neurol Psychiant*, 71:302-313, 1954.
- デービス、P.M.『Steps To Follow ―ボバース概念にもとづく片麻痺の治療法』冨田昌夫訳、シュプリンガーフェアラーク東京、1992
- 船木亨『見ることの哲学』、世界思想社、2001、34-35 頁
- 石合純夫『失われた空間』、医学書院、2009
- 河本英夫『臨床するオートポイエーシス』、青土社、2010
- 河本英夫『哲学、脳を揺さぶる』日経 BP 社、2007
- Kinsbourne M, A model for the mechanism of unilateral neglect of space, *Trans Am Neurol Assoc*, 95:143-146, 1970.

- Leinonen L. et al., Functional properties in lateral part of associative area 7 in awake monkeys, *Exp Brain Res*, 34:299-300, 1979.
- 前田真治『老人のリハビリテーション』福井圀彦監修、医学書院、2010
- モーリス・メルロ＝ポンティ『知覚の現象学 1』竹内芳郎他訳、みすず書房、1991
- モーリス・メルロ＝ポンティ:『眼と精神』滝浦静雄・木田元訳、みすず書房、1996
- モーリス・メルロ＝ポンティ『知覚の哲学　ラジオ講演 1948 年』菅野盾樹訳、ちくま学芸文庫、2011
- 三木成夫『内臓のはたらきと子どものこころ』、築地書館、2001
- 長崎浩『動作の意味論』、雲母書房、2004
- V.S. ラマチャンドラン＆サンドラ・ブレイクスリー『脳のなかの幽霊』山下篤子訳、角川書店、2003
- ジャコモ・リゾラッティ＆コラド・シニガリア『ミラーニューロン』柴田裕之訳、紀伊国屋書店、2009
- 下條信輔『サブリミナル・マインド』中公新書、1999
- 下條信輔「知覚からみた意識知覚の主観性と知覚研究の客観性」、苧阪直行編著『意識の科学は可能か』新曜社所収、2001

注

1　半側空間無視は、損傷大脳半球と反対側の刺激に気づいたり、反応したり、その方向に向いたりすることが障碍されている病態である。(前田真治『老人のリハビリテーション』132 頁)

2　「半盲は眼球を固定したときの視覚の欠損という視野における障碍で、障碍を認識し代償動作を行う」(前田真治『老人のリハビリテーション』132 頁) とされている。実際、患者は制限されている視野の状態でも何とか周囲の状況を捉えようと、頭の左右や上下の向きを調整し、視線の使い方を工夫する人が多い。しかし半側空間無視の患者は自分では左側に注意が向きにくい状態であるという自覚が無いため、そのような調整や工夫している様子が見られない。

3　前田真治『老人のリハビリテーション』134 頁。

4　同書 134-135 頁。

5　同書 133 頁。

6　患者はこのような右に対して左がある、すなわち右があれば左もあると言う事を思い浮かべられない

のである。すなわち「右があれば左もあるという意識を喚起できる場合には、「右、左」という空間に対する言語性のラベルが良い方向に作用する（石合純夫『失われた空間』192 頁）と述べている。しかし重度な患者では右見て左見てでは済まない難しさがあるのである。

7　視線と頭部を右に向けている場合には、診察者の指を注視させて左方へ動かして追視させようとしても、正面を越えて左側まで行かないことが多い。また、言葉で「左を向いてください」と指示しても左を向けない（同書 8 頁）。

8　モーリス・メルロ = ポンティ『知覚の哲学』50 頁。

9　河本英夫『臨床するオートポーシス』164 頁。

10　河本英夫『臨床するオートポーシス』223-224 頁。

11　山田規句子『壊れた脳生存する知』55-56 頁。

12　河本英夫『哲学、脳を揺さぶる』で紹介されている方法である。

13　見ている対象物が視野から外れないように頭と眼球の動きが協調的に動く働きを支えている反射の一つである。

14　『失われた空間』184 頁。