

## ■ 編集だより

### 編集後記

現今の脳科学の発展はめざましい。基礎医学の諸分野はもとより、理学、工学、心理学などより広い分野の研究者が脳研究に携わるようになった。脳の研究はこれらのより専門家による研究が中心となり、精神科医が臨床の傍らにやるのはなかなか厳しい状況である。このような状況の中で、臨床家として神経心理学をやるにはどうしたらよいか。以前から、“主観的”神経心理学とか“一人称”の神経心理学と勝手に名付けてきたものがある。“主観的”神経心理学とは、脳損傷の方の訴えに注目するというきわめて当たり前のことであり、“一人称”の神経心理学で考えているのは self awareness のことである。尤もこれらの領域にも、脳の科学はクオリアとか recursive な意識などといって、脳の科学の対象となりつつあるが、

知覚は主観的な体験である。知覚が成立しているか否かは、本人の申し立てによる以外にない。知覚にせよ思考にせよ、他人の主観体験を知るには結局言葉に頼らざるをえない。知覚の異常に関しては、主観的出来事であるが故、記述以上のことはできないかにみえる。この問題を乗り越える端緒となりうるものに脳器質障害の症状の検討がある。脳器質障害では症状と脳機能の関係を推定しようという利点があり、主観的な訴えのみに頼らねばならない内因性の疾患とは比較にならぬ多くの情報が得られる。連合型視覚失認という神経心理症状がある。形態の認知は良好なのに、見える物が何であるかわからないという病態である。形態認知が良好なことは、模写や図形の照合を誤らないことで確認できる。にもかかわらず見える物が何であるかわからない。脳の中に視覚的像は正しく結ばれているが、意味との連合が断たれているのである（意味を奪われた知覚）。しかしながら主観的症状は全く異なっている。連合型視覚失認の人は、「意味のないものが見える」とは言わず、「ぼんやり見える」「はっきり見えない」など視覚体験の曖昧さを訴える。主観的訴えに基づけば、視覚失認は知覚の量的（視力）、質的（乱視的なもの）な異常とも考えられるであろう。しかるに、神経心理検査では上述のように知覚は正常としかいいようのない結果が出るのである。主観的症状と客観的症状を隔てる壁が顕在化する病態として連合型視覚失認があるというべきで、実際にはこの壁はあらゆる病態で存在すると考えられる。

主観的症状と客観的症状の橋渡しをするのは言葉であり、両者の間の厚い壁について考える時、体験を言葉で表現することの限界という問題が再浮上する。当然ながら、その知覚に当たる言葉を知らなければ、またはその知覚に当たる言葉が存在しなければ、表現はできないことになる。未知の体験や知覚は言語による表現は本来不可能である。無理に表現しようとすれば、既存の言葉にあてはめる以外にない。いわば言葉による体験の規格化である。たとえば統合失調症の初期には、新たな未知の体験が生じていると考えるが、頭に他人の考えが直接入ってくるというように、通常の知覚を離れた漠然とした体験である。それが時間の経過とともに幻聴という聴覚体験に固定するのは、この未知の体験を言葉で表現することによる体験の規格化が生じたと考えることも可能である。視覚失認の主観的体験も、当然ながら新たな未知の体験である。そこでは既存の言葉による表現を適用せざるを得ないことになる。したがって「ぼんやり見える」などと規格化するしかないことになるのであろう。

「意味を奪われた知覚」は、あくまでも客観的に観察した場合の失認の定義である。客観的に症状が把握できると、主観的訴えは軽視されるのが医学の常であるが、視覚失認の場合も「ぼんやり見える」という訴えはこれまであまり注目されてきたとは言いがたい。しかしあらためて視覚失認の訴えと客観的所見を検討してみると、両者の著しい解離に気づく。主観的訴えをいかに精密に分析しても、「意味を奪われた知覚」という病態には到達できるとは思えない。視覚失認は、主観・客観症状の対比が典型的に現れている病態である。大部分の精神症状はこうした対比は不可能で、主観的訴え以外には症状にアプローチする方法がないということは、常に留意する必要があるであろう。

言葉による規格化は、実は知覚に限らず、あらゆる体験にまでいえることであろう。これは主観・客観の二分法に内在する問題であり、器質疾患の検討はこの問題にあらためて気づかせる機会となっている。脳器質疾患における“訴え”，すなわち“主観的”神経心理学を考えていきたい所以である。

鹿島晴雄