特集　精神科臨床が根差す揺るぎない大地，「臨床精神病理学」のススメ

「了解可能/不能感」と「生物学的正常/異常」の対応関係についての試論

豊嶋　良一

精神科医は患者の言動を時に「了解不能」（Jaspers, K.）と感じる．われわれは，精神科医が感じる「了解不能性」と患者の「生物学的異常」との関係性について，Schneider, K. が用いた概念，「意味連続性」を用いて考察した．Schneider 自身はこの概念を定義していない．われわれは次のように「意味」を定義した．ある事象があるシステムに作用して，システム内部における時空間パタンに差異を生じるとき，その「差異」を，そのシステムにとってのその事象の「意味」とする．意味連続性とは，「ここで生じる一連の差異の連鎖がシステムの目的にかなっていること」である．進化の原理の帰結として，ニューロン群回路網は，「環境の状況を反映し，適切に行動することで生命の存続に寄与する」よう進化した．多数のニューロン群協調発火はこの回路網を介して相互作用し，その最上位層で統合され，一体化する．一体化した神経活動は「意識相関神経現象（NCC）」と呼ばれている．さらにヒトの NCC は，他者の NCC 活動の意味を把握できるように進化した．Edelman, G. M. によれば，NCC は「主観的体験（意識）」と呼ばれる「クオリア」を伴立する．「私の NCC」が他者の NCC 活動の意味を把握したとき，その「意味」の「主観的クオリア」が体験の中に生じる．この主観的クオリアを Dilthey, W., Jaspers は「Verstehen（了解）」と呼んだのであった．NCC を含む本来的な生命現象の中にも多くの変異・偏倚があるが，その現象が正常とされる限りは，「意味連続性」は必ずついてまわる．その生命現象の「意味連続性」が破綻したとき，われわれは，一般に，これが本来の合目的性を失っているとみなし，これを「異常」とみなす．精神科医自身の NCC の機能が「理想的で完璧」なものであるならば，彼の抱く「了解可能/了解不能感」は，患者の NCC の「意味連続性の保持/切断」，すなわち「生物学的正常/異常」に対応するといえる．

＜索引用語：主観的体験，了解不能，意味連続性，意識相関神経現象，生物学的異常＞

はじめに

本稿は，シンポジウム「精神科臨床が根差す揺るぎない大地，『臨床精神病理学』のススメ」の企画意図を説明し，その中で著者が担当した講演内容を記したものである．本稿の性質上，内容が著者の既刊の論考[31]と一部，重複することをお許し願いたい．

Ⅰ．なぜ，「臨床精神病理学のススメ」なのか

1．40 年間の診療スタイル，変わったもの，変わらないもの

まず，著者の診療スタイルの中に潜む，先輩たちから受け継いできた伝統的診療コンセプトを振り返った．著者が東京大学附属病院精神神経科で伝統的な精神科診療のあり方を見習い始めたのは 1973 年であった．その後，自らの経験も加わって，今の診療スタイルができあがっていった．その診療手順は次の通りである．

著者所属：埼玉医科大学精神医学

起：受診理由を訊ねる
承：診立てと治療プランを描く
転：取り組むべき問題，診立て，対処法を相談・共有する
結：対処法を手ほどきする．実行する

受診理由の確認段階では，著者はあらゆる初診患者に，下記の6項目を訊ねることにしている．

①一番困っている症状
②他の全ての自覚症状
③生活への支障
④ここへの受診に至ったいきさつ
⑤患者・家族の解釈モデル
⑥ここでの医療に希望・期待すること

著者の現在の診療スタイルの40年前との違いは，診療手順にいわゆるヘルピング技法を取り入れていることであろう[29]．研修開始当初，「初診ではまず主訴を訊け」と著者は教わった．しかし，ヘルピング技法を学んでのち，主訴を訊くだけでは，患者が抱える問題・目標の意識化・共有はできないと痛感するようになった．そこで上記の受診理由6項目を真っ先に確認することにした．このうちのどれかを1つでも省略すると，後になって困った事態が生じることが少なくない．

一方，著者の診療スタイルには，40年前と変わらない点もある．それは以下に述べる，患者の体験の「了解の試み」，参与しながらの「診立て」（成因の仮説化）である．

2.「了解の試み」の意義

振り返ってみると，受診理由確認の段階で，臨床家の胸中では，同時に複数の重要なことが進行していることに気づく．その1つは「了解の試み」である．受診理由を確認しつつ，患者に耳を傾けて，「体験」の深い「了解」が試みられる．「了解」とは，ここに至るまでの患者の体験を，感情移入を伴って理解することである[24]．真摯な了解の試みがあってこそ，患者と臨床家の間に心の絆が芽生える．またこれを通して，患者が抱える問題の意識化・洞察が，双方の胸中で深まっていく．ここですでに精神療法が始まっている．

3.「診立て」の意義

受診理由の確認と並んで進行する，もう1つの重要なことは，患者の表出（姿勢，表情，振舞など）の観察と病態形成因（以下，成因）の診立てである．成因推定にあたっても，まず生じている問題の「発生的了解」を試みる．患者の生の展開（Lebensentwichlung）（生活発展とも訳される），その「意味連続性（Sinnkontinuität）」（後述）を読み解き，了解不能な部分（＝意味連続性の切断部分）が直観できるなら，そこには「生物学的異常の侵入」を想定する．また，表1に挙げた複数の成因の，患者における共存・相互作用はどうか，患者の症状・経過はどの診断単位典型像（＝「理念型」）[13]に近いかを考える．そのうえで，個々の患者の個別性に合わせた治療手順（精神療法/薬物療法のアルゴリズム）が描かれる[9,14,19]．

4. 失われゆく精神科診療の伝承

以上，診療を支える伝統的な考え方，了解の試みと成因論的診立てについて振り返った．これらは，書物でよりも，先輩たちの口からの伝承で伝えられてきたのかもしれない．しかし，1980年にDSM-Ⅲが発刊されて以降，米国DSM精神医学がグローバルに浸透し，こうした伝承が失われていくこと，それによって精神科診療場面でさまざまな問題が生じてくることが危惧される[23]．例えば，①診立て過程における了解の軽視，②診断単位や成因の理念型性の忘却，③診立て作業と分類診断作業の乖離である[30]．

1）米国DSMにおける「了解」の軽視

米国DSM診断においては，適応障害など一部の診断単位を除けば，「了解の試み」は一切不要である．患者の「体験」の意味を理解せずとも，診断基準に挙げられた精神症状と持続期間をカウントすれば病名が決められると言っても過言ではない．

2）米国DSMにおける，「診断単位や成因の理念型性」への無知

統合失調症や双極性障害のように，生物学的異常がほぼ確実に存在すると想定されていながら，

表1　「了解の試み」を通して，一人の患者に，複数・共存してみえてくる病態形成因

	精神症状の形成因	意味連続性	精神症状	身体医学的病因	生物学的機能
コト	・環境因(ストレス・トラウマ・生育史) ・パーソナリティ・気質 ・自動思考の個性 ・知的能力・対人技能 ・神経発達の個性	保持される	・体験反応としての症状 ・パーソナリティの偏りによる症状 ・神経発達の個性・それによる二次症状	非該当	「正常機能のバリエーションの範囲」とみなされる
モノ	「体験」の合目的的な情報-意味連鎖を切断する生物学的過程	切断される	神経発達症の基底症状 内因性気分変動症候群 統合失調症症候群	未知・未可視	「生物学的異常」とみなされる
			認知症症候群 意識障害	器質因・身体因	

その病的実体が未可視な診断単位は少なくない．それゆえ一般医学的・生物学的な意味での確定診断は，不可能である．精神医学においては，それら診断単位のみならず，成因として描かれる生物学的異常すらも，いまだに，臨床家たちが脳裏に描いて共有している理念型としてのみ存在する[13,14]．伝統的精神医学に立つ臨床家たちの分類診断は，あくまでこの理念型との近似性の判断に過ぎない．

ところが米国DSM精神医学の世界には「理念型としての診断単位」というコンセプトがない．そのかわり診断単位は診断基準で定義されるがゆえに[1]，その論理的帰結として，DSM診断基準を使えば，病的実体が未可視の診断単位であっても診断確定が可能となる．精神医学の医学化をめざしたはずの米国DSM精神医学は，「操作主義」で疾患を定義した結果，解決不能な矛盾を抱えることになったのである．

3)「成因論的診立て作業」と「分類診断作業」の診療現場での乖離

すでに述べたように，伝統的精神科臨床においては，了解の試み，成因の診立て，治療は一体不可分である．そして患者における複数の成因(表1)の絡み具合の診立てに応じて診断名が階層原則[13]に沿って選ばれ，治療アルゴリズムが組まれる．ところが米国精神医学では，DSM診断は患者の成因論に立ち入るものではないとされ，分類診断とは別に，診立てを行うケースフォーミュレーションが求められている[1]．米国DSM精神医学では，成因論的診立ての作業と分類診断の作業が診療現場で乖離してしまうことになる．

5．なぜ「臨床精神病理学のススメ」なのか

これらの欠点を有する米国DSMのグローバル化によって，わが国でも精神科診療の質的水準の低下が危惧される．米国DSM精神医学のこれらの欠点は，20世紀前半の歴史的事情により，米国がドイツ語圏の精神病理学を吸収してこなかったことに起因する[6]．あらためて臨床精神病理学の伝統的英知が見直される必要が生じている．

Ⅱ．「了解不能感」は，なぜ「生物学的異常」の「エヴィデンツ（Evidenz)」なのか

さて，臨床精神病理学の確立者ともいえるSchneider, K. の言説で重要なことの1つに，「生活発展の意味連続性切断」と「生物学的異常」との等価性に関するものがある[21](p.10-11)．それによれば，「統合失調症と循環病という精神病は，圧倒的多数の例では体験とのつながりを有しておらず，体験反応という意味で体験に動機付けられていることはまったくない．これらの精神病は，とりわけ生活発展の完結性・意味合法則性Sinngesetzlichkeit，意味連続性を切断する．（中略）意味連続性を切断するのは疾患Krankheitだけであ

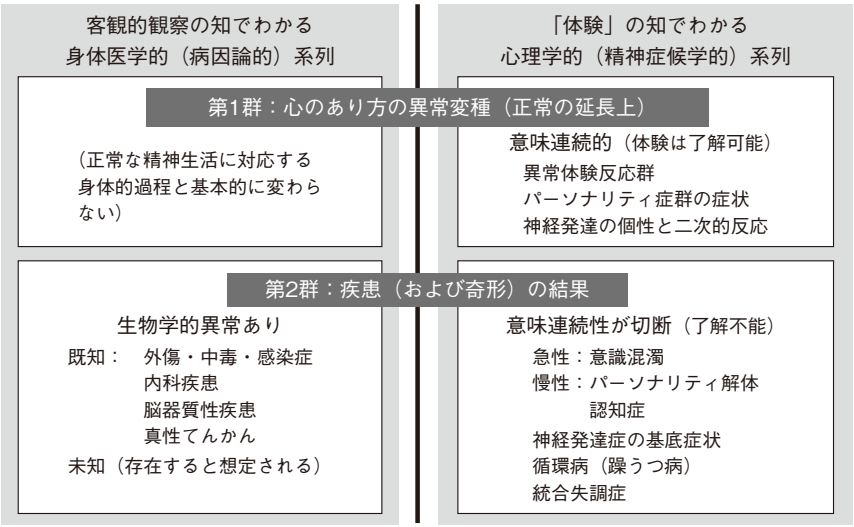

図1 「意味連続性」と「シュナイダーの臨床体系学」（病名は一部改変）の説明図

る」とある．ここで彼のいう「疾患」とは，身体に基礎づけられる，あるいはそのように想定される病態であり，統合失調症と循環病はこれに含まれると想定されている．「疾患」（すなわち生物学的異常）は体験の意味連続性の切断をきたし，体験の意味連続性の切断をきたすのは「疾患」だけである，という彼の意を汲めば，論理学的には，「生活発展の意味連続性切断と生物学的異常とは等価である」ということになる．意味連続性およびその切断と彼の体系学[21]の関係は図1に示した通りである．

しかし，「生活発展の意味連続性切断と生物学的異常とが等価である」といえる根拠については，彼自身は説明をしていない．このことは，Schneider が Dilthey, W. を踏襲し，知の方法の違いによって学（Wissenschaft）を精神の学と自然の学に分ける立場，すなわち経験的二元論に立っていたことによると思われる．ところが，1990年代以降の科学哲学（以下，新しい科学哲学）[10,31]の深まりとともに，「中立的一元論」，あるいは存在論的一元論・認識論的二元論[2,15]が提唱され，生命現象と主観的体験（意識）の双方における意味連関・意味連続性を同一のこととして論じることができるようになった．以下では，この論題を理解するための新しい科学哲学の基礎概念群，およびそれら概念間の相互連関を考察する．

1．全ての知の根底，「主観的体験（意識）（Erlebnis）」（Dilthey）とは

「主観的体験（意識）」（以下，体験）とは，Dilthey によれば，人間存在に直接与えられている「根源的な現実」であるとされる[5,22]．当事者の「体験」は，当事者以外にとっては不可視であるが，当事者にとっては，唯一・究極の実在・現実である．「体験」のことは「自らの体験で以って」しか知りえないということになる．現象学では「体験」に与えられた現実の背後に遡りうるものは何一つなく，「体験における明証性（Evidenz）」は実証科学の知を含めたすべての知の究極の根拠とされている[34]．精神医学においては，臨床家の「体験知」は精神科臨床の「明証的根拠」となりえて，その「明証性」は，いわゆる科学的・統計確率的エビデンスに優るとも劣らない重要性を有する．

2．「意味」「意味連続性」をどう「定義」するか

主観的体験において「体験」されるのは，モノ

ゴトの「意味」であるとされる．「意味」の定義にはすでにさまざまなものがあろうが，その妥当性を広く認められたものがあるとは言い難い．しかし一方で，辞書の「意味」の項にはほぼ，どの辞書にも共通といえる語義が載せられているので，これらの辞書的語義に共通する，「意味」の意味を抽出することが可能である．

1)「意味」の辞書的語義

例えば広辞苑第6版[16]では「意味」の語義は次の通りである．

語義①記号・表現によって表され理解される内容またはメッセージ．

㋐特に言語表現によって表される内容．言語表現が指し示す事柄または事物．

㋑言語・作品・行為など，何らかの表現を通して表され，またそこからくみ取れる，その表現のねらい．

語義②物事が他との連関において持つ価値や重要さ．

まず，語義①において，「意味」が観取される場はどこか．それはヒトである．より精確に言えば，ヒトの「体験」である．そこでこの場合，ある事象（コトバ・記号，表現・作品・行為，事柄，モノゴトなど）の「意味」とは，「ヒトがその事象を体験したことによって生じた，その体験の変化．体験する前と，した後との差異」のことであるといえる．その変化・差異が，その事象のそのヒトにとっての「意味」である[3]．

しかし，語義②には，「物事が他との連関において持つ価値や重要さ」とある．この語義では，「意味」発生の場が，「ヒトの体験」だけではなく，他，すなわち内部状態を有するシステム一般にまで拡張されているともとれる．地球気象システムを例にとれば，巨大隕石が地球に衝突する軌道を描いて動いているという事象は，将来，地球の気象システムに大変動が生じることを「意味」する．

2)「意味」と「意味連続性」の定義

そこで語義①と語義②を包摂して，両者に共通な，最広義の「意味」を次のように定義することができる．「事象A」の「意味A」とは，「事象A」が「システムP」に作用したことによって生じる，システムP内部の時空間パタンの差異のことである[17,18,27,35]．また，「意味連続性」とは，ここで生じる一連の差異の連鎖がシステムの目的にかなっていることである．

3)「意味作用」

「意味作用」とは，ある「事象」が「システムP」に作用して，その「内部時空間構造パタンP」を「変化」させることである，と定義され，意味作用を誘発する事象は「情報」とも呼ばれる[17]．ただし，この「意味作用」の「能力」は，実はその「事象」（情報）側に所属するものではなく，システム側に属する「変化する能力」である．

4）意味作用が発現する「場」

「事象」のその「意味」が発現する「システム」には，いくつかの「階層」が想定される．階層1は「自然」，階層2は「生命・生態系」，階層3は「主観的体験（意識）」ないし，後述する「意識相関神経現象」である．

階層1の「自然」における「事象」とその「意味」は，自然の物理的因果律に基づく現象であり，本来は没価値的であり，「有意義性」は問われない．

階層2の「生命・生態系」において生じる「事象」やそれによって生じる「変化」（すなわちその事象の「意味」）は，生命現象を介して生じるもので，それをわれわれの目からみれば，生命体の生存・生殖にかかわる何らかの「有意義性」を帯びたものとしてみえる[7,17]．本稿で論考するのは，この「有意義性」を帯びた「意味」についてである．この層において生起する事象においてはじめて，「合目的性」や「意味連続性/その切断」「正常性/異常性」が問われることになる．

階層3の「主観的体験（意識）」，ないし「意識相関神経現象」（後述）における「事象」とその「意味」は，「主観的体験（意識）」の中で直接的・直観的クオリア[4]として登場する．後述するDilthey，Schneiderのいう「意味連続性」という概念に登場する「意味」は，「主観的体験（意識）」という場における「変化」として「体験」されるものである．本稿ではのちほど，この階層3で「体

験」される「意味」が，階層2における「生命・生態系」における「意味」に根差していることを論じることになる．

3.「体験」における「意味連関」（Dilthey, Schneider）とは

ある瞬間の体験（意識）は，各種の欲動・情念・感情・知覚・表象・観念・言語・思考・意志・記憶などの，さまざまな体験要素（以下，要素）から構成されている[22]．「体験」の中に「その要素」が登場・参与するとき，その「要素」は何らかの「意味作用」を「体験全体」に及ぼす．体験における「意味連関（Sinnzusammenhänge）」とは，Dilthey に発し，Schneider が継承した概念であり，体験全体における，諸要素と全体の関係性である[24]．この「意味連関」は，諸要素がそれぞれに体験全体に対して意味作用を発揮することで生じたものである．その結果，体験全体は，諸要素各々の意味作用で結ばれることによって，分割不能なかたちで1つに統合されている．

4.「意味連続性」（Schneider）とは

体験は時々刻々，時間的・動的に変化する．この瞬間の体験が次なる瞬間の「体験」に向かって変化するとき，そこで生じる「変化」は無秩序なものではない．この継時的変化もまた，無数の諸要素の意味作用の束で生じたものである．体験の時間軸上における意味のつながりを，Schneider は「生の展開（生活発展）の意味連続性」と呼んだ[21]．

5.「自己了解」「了解体験の明証性」，他者の「体験」の「了解」

各自の体験の諸要素の各瞬間における意味連関と，体験の動的変化の意味連続性は，体験そのものの中で暗黙裡に，当事者自身に直観的に，明証的に，自明なこととして理解されている．これが「自己了解」である．「わたしの体験」の「自己了解」が，他者を「了解」する営みの根底にある[5,22]．

他者を「了解する」とは，Dilthey，Jaspers, K. によれば，相手の「体験」からの表出（Ausdruck）である身振り，表情，言葉や行動から，相手の体験を，まるで＜わたし＞が体験したかのように追体験して，「感情移入」的に相手の心の動き全体の意味連関・意味連続性を理解することである[11,22,24]．

6. 生命現象における「合目的性」と「意味」の創発

あらゆる生命現象の仕組みは，20世紀後半以降の生命科学の知見によれば，自然選択による進化[8]で蓄積されたゲノムによって司られている．「生存・生殖により大きく寄与する遺伝子変異が自然選択される」というゲノム進化原理の帰結として，生命現象という「場」における諸要素の時々刻々の動態は無秩序ではなく，全て一定の方向性，すなわち生存・生殖に向かうという方向性，秩序性を帯びたものとなった．これが生命現象に創発した「合目的性」であり，「秩序性」である[7,25]．生命現象の各部は，「われわれの目」には，「有意義」に「みえる」．生命現象の「意味連続性」とは，有意義性を担う各部が有意義に連鎖反応することであるといえる．

結果的に生命現象を律することになったこの「秩序性」は，物理現象の「因果律」「因果連鎖」と対比して，「意味律」「情報-意味連鎖」とみなすことができる[10]．生命現象のあらゆる仕組みには，この合目的性・秩序性・意味律，意味連鎖が組み込まれているとみなされる．

7.「主観的体験（意識）」の進化的起源

生命体の環境世界の諸事象（モノゴトや他者の行動）には，自らの生存・生殖に切実な影響を与える，有意義性をもつものがある．神経系ニューロン群の網目は，その有意義性を反映し，有意義に反応する方向に進化した[4,8,25,33]．神経現象におけるこの環境世界の諸事象の有意義性の反映が，生命体における原初的認識様式である[33]．

神経系の多数のニューロン群協調発火はこの網目を介して相互作用し，最上位層では一体化し，

一体化した部分は，「意識相関神経現象（neural correlates of consciousness：NCC）」と呼ばれている．NCC 現象自体もまた本来，意味連続的に展開される．ヒトの場合，この NCC 機能は，自他の行動をも認識対象とし，その意味連続性を読み，それをコトバで語ることができるまでに進化した．

8.「主観的体験（意識）」は「意識相関神経現象」に「伴立」する「クオリア」である

NCC 現象は，これに主観的体験がクオリアとして伴立すると仮定される神経現象である．この体験は主観的・直観的・自明的・明証的となる．この現象が 1990 年前後から神経科学の対象とされることになった[4,15,20,27,28,32]．

体験を構成する諸要素はすべて，ニューロン群協調発火の動的時空間パタンによって担われているとされ，ニューロン群協調発火が NCC に参与すると，この要素的ニューロン群協調発火パタンの影響は直ちに NCC 全体に波及する．その結果，NCC 全体は 1 つに統合された，分割不能な，超巨大なニューロン群協調発火パタンを形成している[4,26]．このことが Dilthey のいう「主観的体験（意識）」の統合性・単一性に相応する[22,28]．Edelman, G. M.[4]は，「主観的体験（意識）」とは，時々刻々の NCC が担う動的情報統合現象に伴立するクオリアであると考えた．

要素的ニューロン群協調発火が NCC に参与して意味作用を発揮するとき，そのことに伴立するクオリアは，主観的体験（意識）の中で，事象体験，その事象の意味体験，諸事象の意味連続性体験として，直接的・直観的・明証的に体験されることになる．主観的体験（意識）によって直接的に体験されている事象，事象の意味，諸事象の展開の意味連続性は，NCC 現象におけるそれに伴立するものだったのである．新しい科学哲学，存在論的一元論・認識論的二元論[2]では，NCC と主観的体験（意識）の両者は，同一現象がヒトの主観に視える形で姿をみせる，「2 つの相面」であると捉えられている[2,15,32]．

9.「了解（Verstehen）」（Dilthey）の生物学的起源

NCC の反映・認識対象が，他者の体験からの表出・言動，そこから生じる一連の出来事である場合はどうか．ヒトの NCC は，他者の NCC からの表出・言動・出来事を手がかりに，その一連の意味連関，意味連続性を自動的に把握している．この把握（Comprehension）に伴うクオリアが，Dilthey，Jaspers のいう，主観的体験としての「了解」「了解感」であったのである[5,22]．

10.「意味連続性の切断」「了解不能」と「生物学的異常」

ここからようやく本題に入る．

1）生命現象の「意味連続性」は，なぜ「われわれの目」にそのように映るのか

生命現象の各部は，物理的因果律に基づき，没価値的に展開されている．しかしわれわれの目には，生命現象は生命の存続に向かう有意義なものと「みえている」．われわれの目から眺めると，生命現象が「有意義」「意味連続的」に「みえる」のはなぜか．それは，われわれの NCC の認識様式自体が，モノゴトの自らの生命にとっての目的性・意義・意味を抽出して反映するように，進化で形成されたものだからである[33]．

2）生命現象における「異常な生物学的過程」とは

生命現象における「異常」とは何か．ゲノムにも，NCC を含む本来的な生命現象の中にも，多くの変異・偏倚がある．しかし，その現象が「正常」とみなされる限りは，意味連続性は必ずついてまわる．しかし，例えば癌や自己免疫現象も生命現象には違いないが，われわれの目には「異常」な現象として認識される．つまり，われわれの目からみて，生命現象に本来的である合目的的意味連続性が失われてみえる場合，一般的にこれを，われわれは異常とみなしているのである．そしてその合目的的意味連続性の切断をもたらした部分を「異常な生物学的過程」とみなしているのだと考えられる．

3）「了解可能/不能」感と「生物学的正常/異常」の対応関係

進化によって，ヒトのNCCは，他者の言動の意味連続性を把握する機能を得た．その認識過程に伴立する「クオリア」が，他者の言動に関する「了解」「了解感」であった．ことに熟練した臨床家のNCCは，訓練によって，他者の言動の意味，意味連続性を認識する機能を有する．もしも，この熟練した臨床家の意味連続性認識力が理想的で完璧なものであるならば，彼が直観的に抱く「了解感」は患者の言動，すなわち患者のNCC現象の意味連続性を反映するであろう．逆に，彼の抱く了解不能感は，患者の言動の意味連続性の切断，すなわち患者のNCC現象における意味連続性の切断，すなわち患者の神経生物学的過程に異常な過程が侵入したことを指し示すといえるだろう．

「意味」・「意味連続性」の定義と「主観的体験（意識）」に関する新しい科学哲学に依拠した以上の考察をもってすれば，「生活発展の意味連続性切断」「了解不能感」と「生物学的異常」との「等価性」に関するJaspers，Schneiderの言説は妥当なものとして理解される．

おわりに
――精神科臨床家の仕事と精神病理学――

精神科医の仕事とは，何か[12]．われわれ精神科医が相対する患者たちは，各種のいきさつ・成因に起因する不安・苦痛・苦悩を抱いてわれわれのもとを訪れる．精神科医の仕事は，まずは患者のその不安・苦痛・苦悩のよってきたるところ，その「一連の意味」を，自分なりに理解することである．この作業について，Jaspersは「了解」というコトバをあてた．そして，精神科医は，理解したその「一連の意味」を患者に伝え，その「意味」に対応した応対をする．これが精神科医の本来の仕事であると著者は考えている．この限りにおいては，患者の精神現象の基底にある生物学的異常を念頭に浮かべる必要はない．だがもちろん，精神科医も「了解不能な部分」に関しては「生物学的異常」を想定して，しかるべく別途，対応する．「了解可能」な部分と「了解不能」な部分を見分けることもまた，精神科医の重要な仕事である．

これらの営為の確かな根拠として，「臨床精神病理学」は不可欠な素養であり，そのまた根拠となる科学哲学は，臨床家の思惟と実践の支えとなりうるものと思われる．

なお，本論文に関連して開示すべき利益相反はない．

文　献

1）American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed（DSM-5）．American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013（日本精神神経学会 日本語版用語監修，髙橋三郎，大野　裕監訳：DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，2014）

2）浅見昇吾：脳神経倫理と認識論的二元論―ハーバーマスの試みをめぐって．Osaka University Knowledge Archive（OUKA），2010（http://ir.library.osaka-u.ac.jp/dspace/）（参照2017-09-12）

3）Bateson, G.：Steps to an Ecology of Mind：Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology. Jason and Aronson Inc., Northvale, 1972（佐藤良明訳：精神の生態学．思索社，東京，1990）

4）Edelman, G. M.：Wider than the Sky：The Phenomenal Gift of Consciousness. Yale University Press, New Haven/London 2005（豊嶋良一監訳：脳は空より広いか―「私」という現象を考える―．草思社，東京，2006）

5）藤代泰三：ディルタイの解釈学2―意味と目的と価値―．基督教研究，43；117-126，1980

6）Ghaemi, S. N.（村井俊哉訳）：現代精神医学原論．みすず書房，東京，2009

7）Granit, R.（中村嘉男訳）：目的をもつ脳．海鳴社，東京，1978

8）長谷川寿一，長谷川眞理子：進化と人間行動．東京大学出版会，東京，2000

9）広沢正孝：「診たて（成因論的仮説）」には，どんな臨床精神病理学が必要か？　精神経誌，119；846-854，2017

10）伊東俊太郎：変容の時代．麗澤大学出版会，柏，2013

11）Jaspers, K.(内村祐之，西丸四方，島崎敏樹ほか訳)：ヤスペルス精神病理学総論．岩波書店，東京，1953

12）神庭重信：認知症の分類問題：そもそも精神疾患とはなにか．精神経誌，119（6）；381，2017

13）古茶大樹，針間博彦：病の「種」と「類型」，「階層原則」―精神障害の分類の原則について―．臨床精神病理，31；7-17，2010

14）古茶大樹：伝統的精神医学とDSM―共通点，違い，診断，長所と短所―．精神経誌，119；837-845，2017

15）増田　豊：洗練された汎心論は心身問題解決の最後の切札となり得るか―パトリック・シュペートの「段階的汎心論」のモデルをめぐって―．法律論叢，87（4・5）；69-99，2015

16）新村　出編：広辞苑第6版．岩波書店，東京，2008

17）西垣　通：基礎情報学―生命から社会へ―．NTT出版，東京，2004

18）大橋　力：情報環境学．朝倉書店，東京，1989

19）太田敏男：現場における個別的な精神科診断学と治療学について．精神経誌，119；855-861，2017

20）Rose, D.：Consciousness：Philosophical, Psychological, and Neural Theories. Oxford University Press, Oxford, 2006（苧阪直行監訳：意識の脳内表現―心理学と哲学からのアプローチ―．培風館，東京，2008）

21）Schneider, K.：Klinische Psychopathologie. Mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross. 15. Auflage. Georg Thieme, Stuttgart, 2007〔針間博彦訳：新版 臨床精神病理学（解説：ゲルト・フーバー，ギセラ・グロス）．文光堂，東京，2007〕

22）瀬戸口昌也：ディルタイの体験概念について：体験の実在性（Realität）と有意味性（Bedeutsamkeit）の問題．別府大学紀要，53；109-119，2012

23）須賀英道：「DSM」世代の精神科医には，どんな「伝統的精神医学の知恵」が求められるのか．精神経誌，119；862-869，2017

24）諏訪　望：精神科診断学の基本問題―記述・了解精神病理学について―．精神医学，37；232-241，1995

25）Tinbergen, N.：On aims and methods in ethology. Zeitschrift für Tierpsychologie, 20；410-433, 1963

26）Tononi, G.：Consciousness as integrated information：a provisional manifesto. Biol Bull, 215；216-242, 2008

27）豊嶋良一：「精神の科学」がめざすもの―主観的体験という現象解明のヒントを求めて―．脳と精神の医学，13；367-375，2002

28）豊嶋良一，高畑圭輔：意識現象の「特異性」の科学，その基礎概念―意識・情報・時空間構造（パタン）・ニューロン群同期発火―．分子精神医学，9；114-122，2009

29）豊嶋良一：ベストな結果を導く初診面接の極意―臨床40年で辿り着いた私の「必勝法」―．臨床精神医学，43（4）；441-445，2014

30）豊嶋良一：米国DSMをどう読むか：DSM-5英語病名の邦訳問題を含めて．最新精神医学，19（5）；375-385，2014

31）豊嶋良一：「新しい科学哲学」と「精神医学の基本問題」―シュナイダーは正しかったか？―．臨床精神医学，46（6）；673-681，2017

32）Varela, F.：Neurophenomenology：A methodological remedy to the hard problem. Journal of Consciousness Studies, 3；330-350, 1996

33）von Uexküll, J., Kriszat, G.（日高敏隆，羽田節子訳）：生物から見た世界（岩波文庫）．岩波書店，2005（原著1934）

34）山口一郎：存在から生成へ―フッサール発生的現象学研究―．知泉書館，東京，2005

35）吉田民人：自己組織性の情報科学―エヴォルーショニストのウィーナー的自然観―．新曜社，東京，1990

Relationship between Incomprehensibility（Unverständlichkeit, Jaspers, K.）and Neurobiological Abnormality in Psychiatry

Ryoichi Toyoshima

Department of Psychiatry, Saitama Medical University

Psychiatrists sometimes feel that a patient's behavior is "incomprehensible（unverständlich）"（Jaspers, K.）. We examined the relationship between psychiatrists' feeling of "incomprehensibility" and patients' "biological abnormality", with the concept of "continuity of meaning（Sinnkontinuität）" used by Schneider, K., although Schneider himself did not define this concept. We defined the meaning as follows：when an event acts on a system and generates a difference in the spatiotemporal pattern within the system, the difference is the meaning of that event for that system. In addition, "meaning continuity" means "the series of differences generated here corresponds to the purpose of the system".

The principle of evolution is to select genes that contribute more to survival and reproduction. As a consequence, the neuronal network has evolved to contribute to the survival of life by reflecting the environment and acting suitably. Through this network, a large number of neuron group cooperative firings interact, integrate, and unify in the uppermost layer. The neural activities here are called "neural correlates of consciousness"（NCC）. Furthermore, human NCC have evolved to grasp the meaning of NCC activities of others. According to Edelman, G. M., NCC entail the qualia of subjective experience（consciousness）. When "my NCC" grasp the meaning of NCC activities of others, "subjective qualia" of that meaning occur in the experience. These subjective qualia were called "comprehension（Verstehen）" by Dilthey, W. and Jaspers, K.

There are many mutations and variations among the inherent life phenomena including NCC, but as long as the phenomena are normal, "meaning continuity" always follows. When "meaning continuity" of a life phenomenon collapses, we generally regard this as losing original inherent purpose and regard it as "abnormal". If the psychiatrist's own NCC's function is "ideal and perfect", a psychiatrist's "qualia of comprehensibility/incomprehensibility" will correspond to "retention/disruption of meaning", i. e., "biological normality/abnormality" of the patient's NCC, as Schneider, K., stated.

＜Author's abstract＞

＜**Keywords**：subjective experience, incomprehensibility, continuity of meaning, neural correlates of consciousness, biological abnormality＞