

失語症と認知 —カッシーラーの病理学論に寄せて—*

久保田 正人

0 はじめに

「失語症」と呼び慣わされている症候群が、厳密な意味で「言語を失う症候群」でないことは、ほぼ確定しているといつてよいと思われる。ブローカなどの運動系の失語症者は発話において多くの誤りをおかすが、それを聞いている人には話の内容がほぼわかる。ということは、おかしている誤りは言語学的に重大なものではないということにほかならない。もちろん発話の誤りは、見つけようと思えばいくらでも見つけられるし、それらを分類しようと思えばいくらでも細かく分類してゆくことができる。しかし誤りの検出は、ふつうでないところに目がとまったというだけなら意味はないし、誤りの分類も、診療の目的のみに用いられるというのであれば、活用も十分ではないと思われる。

ウェルニッケのような感覚系の失語症者の症状では、たしかに聞いている人には発話の内容がよくわからないことが多い。しかし、それは、患者の言語知識が異常をきたしているからというところに原因があるのではなく、脳の中で音の結合が適切におこなわれないという、もっと原初的なところに原因があると考えられる。

こういう議論をする場合、「言語」というキーワードの定義が肝要である。言語とは、形式と意味の対応関係の総体である。音でも文字でも（もちろん手話でも）媒体は何でもよい。語句が一定の構造の上に配列され、それがあつた特定の意味を表す、そういう知識の総体が「言語」である。構造が先か意味が先かというようなことは言語そのものの定義とは無関係である。「音声言語」でなければ言語とはいえないなどという見解も、言語の定義の策定になつても資するところがない（このことについては佐々木・久保田（2002：13-16）、久保田（2007：36, 160, 182）などを参照されたい）。

それならば、たとえば、脳のどの部位が器質的に損傷されるとどういふ「言語障害」が生ずるかといった分類の知識は意味がないかといふと、そういうことはない。ある部位にメスを入れると言語の運用に関して特定の後遺症が生ずるといふような知識は、脳外科医が持つていなければならぬ基礎的な知識である。fMRIで脳の中の血流動態を調べることは、脳の機能と構造を知る上で興味深い知見を提供してくれるものである。それはそれ

* 本稿は拙書（久保田 2007）にたいするコメントとして伊東只正先生よりカッシーラーの論文を紹介していただいたことに触発されて取り組んだものである。草稿の段階で内容の一部を青山英語学談話会（2008年10月25日）で口頭発表し、安井稔先生をはじめ談話会のみなさまから貴重なご意見をいただいた。また『言語文化論叢』の査読委員の方々からも貴重なご意見と提言をいただいた。ここに記して謝意を表す。

でよい。が、それが、言語が脳の中でどういう形で存在しているかという問題と、どうかかわるかという、言語学の視点から見ると、現在のところ、知見らしい知見はなに一つ発見されていないとしか言いようのない状態にあるように思われる。

失語症を分類するのは、診療上、当然である。それをしなければ病名が付けられず、治療やリハビリテーションの指針も立たない。次の(1)の図を見てみることにしよう。

(1) 失語症の分類



(久保田 (1988 : 143) より)

この図は言語障害を失語と非失語に分け、失語については、流暢性、聴覚的理解、復唱の3つの技能の健全度にもとづいて8つの種類に分類したものである。患者の言語運用から脳のどの部位が損傷を受けているかを概略的に知るのに便利な分類図でもある。流暢性が阻害されていればブロードマンの44野に器質的損傷があることがうかがわれる。聴覚的理解が阻害されていれば41野、流暢性も聴覚的理解も阻害されていないのに復唱が阻害されていれば弓状束に損傷があることがうかがわれる。そういう簡便で有効な分類図である。そのうえで、「分類はわかりました。で、失語症って何ですか」と問われたら、どう回答が用意できるであろうか。多くの場合、下位分類された失語の種類ごとに、それぞれの症状を解説するにとどまるのではないだろうか。

この問いは、じつは、医療関係者にはあまり意味がない場合が多い。人間は息をしなければ生きていけないが、その息を止めるのが主たる働きである「声帯」なる器官がなぜ存在するのかという問いは、多くの呼吸器系の医師にとっては考えたこともない問いである

という。失語症の細かな分類はよく知っていても、それらに共通する因子は何であるかという問いは、ベッドサイドで診療やリハビリテーションにあたっての神経内科の医師や言語障害の専門家、さらには言語聴覚士の多くにとっては、あまりにも抽象的で、一言でいえば「関心がない」ということになるのかもしれない。

さまざまな失語症状に共通する性質を考察しようとする研究にたいしては、たとえば日本における失語症研究のパイオニアであった井村恒郎のような学者でさえ、「論争の焦点が臨床の現場から遊離してしまった感がする」（井村（1983：299）（傍点は久保田）と、つれない。最近の失語症関係の文献では、こういう視点にたいする論評どころか、共通因子を求める研究自体に言及することすらなくなってしまった感がある（この問題を正面切って論じている論考は Cassirer (1929) や Lenneberg (1967) など、ごくわずかである）。

また、あたかも脳の物理的構造に言及すれば、事が済んだかのような記述も多い。それで失語症の何がわかったか、脳と言語についていかなる本質的なことがわかったかと問えば、実質的には何もわかっていないというしかないように思われる。それではつまらない、というのが、言語の普遍理論の研究に馴染んできたわたくしの感想である。

失語症の普遍理論を構築することができないわけではない。ただ、データ自体が不安定であることが主な原因で、現在のところ、深い理論構築ができないことは事実である（久保田（2007：113）を参照）。そうではあるけれども、やはり失語症の普遍理論の構築は真剣な考察に値するものであると思われる。その一つの仮説として、わたくしは、Sasanuma, Kamio and Kubota (1990a, 1990b) による詳細な研究にもとづいて、運動系の失語でも感覚系の失語でも、失語は、部分と全体の整合性がとれない言語運用の姿であるとして、「統合力の低下」という概念を提示した。失語とは、「統合力の低下をかばいながら言語活動を営む一種のストラテジーである」（久保田（2007：112））というのである。

具体的な例を挙げてみることにしよう。

[が]

(2) a. 大工さん の 家を建てた

[から]

b. 前 の 血圧 高い

この例は、助詞の使用や活用などがうまくいかない「失文法」(agrammatism) と呼ばれる運動系の失語の患者の発話である。(2a) は、4コマ漫画を絵解きしているときの発話である。正しくは「大工さん<が>家を建てた」と言うべきところを、「大工さん<の>家を建てた」と発言している。(2b) は、発作を起こしたときのことを語っているもので、本来は「前<から>血圧 高い」と言うべきところを、「前<の>血圧 高い」と発言したものである。

どちらの例も助詞の使い方に誤りがある。が、問題は、その「誤り方」にある。「大工

上げた結果が3であり、7つまで積み上げた結果が7である。次に、この2つの量概念を、7に3を加算する形で計算するには、7を計算の出発点としていったん0に変換する。その0に1を3つ積み上げて、その結果を、元の7の数系列の該当する箇所に写像する。そうして得られた結果が10である。

この説明の知見は、個々の数字に、単独で用いられた場合と、数式の中で用いられた場合とで異なる役割を与えているところにある。つまり、「7は7であって0でもある」というのである。

そうすると、(3b)のような誤った計算をする場合は、7を0に変換できないことが根底にあり、その出発点が定められないことにより、そこから先の計算も不可能になっていると考えることができる。患者にできることは、7と3という数字に与えられた役割を解釈することなく、たんに「名札」として、提示された順番に並べることだけであるということである。

いま、数式において、ある数字が0に変換されることを、座標軸における関数の平行移動になぞらえてみることにしよう。つまり、0ではない数字を0に変換することを、原点を通るのではない関数を原点を通るように平行移動することになぞらえるのである。そうすると、 $7+3$ というような数式を正しく演算するには、7という数字に関して2つの関数をあてがい、相互の関係を把握しながら計算を進めていくことが必要であることになる。

さらに計算に関しては、「桁」という概念がある。たとえば1,111という数字の列は、「千百十一」となり、同じ1という数字でも、置かれる位置によって、1、10、100、1000を表す量概念として再解釈される。桁の概念は数字の個数にもとづいて決定されるが、その出発点は数系列の末尾の位置である。

一つの数字に異なる役割を与えるという考えは、文の中における言語要素の働きを彷彿とさせる。たとえば次の(5)の例を見てみることにしよう。

- (5) a. John loves Mary.
b. Mary loves John.

(5a)の文においては、JohnやMaryといった限定詞句はそれ自体の意味をもつだけでなく、Johnには主語としての役割があてがわれ、Maryには目的語としての役割があてがわれる。(5b)のようにMary loves Johnとなれば、用いられている要素は同じでも、それぞれの要素にあてがわれる役割が変わる。こちらの場合は、Maryが主語として機能し、Johnが目的語として機能する。これは数字の1,234を4,321と変えた場合とよく似ている。用いられている数字は同じであるのに、末尾の数字を基点として並んだ各数字の桁概念が異なるために、全体としてまったく異なる数概念を表すことになる。

次に(6)のような例文を見てみることにしよう。

- (6) I met a beagle yesterday which had extraordinarily expressive eyes.

この文において a beagle という限定詞句は、主節の動詞との関係では目的語としての役割が与えられ、関係詞節の動詞との関係では（関係代名詞を介して）主語の役割が与えられている。

次に（7）のような例文を見てみることにしよう。

（7） I bought a car from John.

この文においては、車の所有権を中心に考えると、「私」が受け手で「ジョン」が授け者としての役割が与えられている。その一方で、金銭の授受を中心に考えると、「ジョン」が受け手で「私」が授け者となって役割が逆転する。

いずれの例においても、限定詞句自体の意味は変わらないのに、ある概念を基点としたときの、それぞれにあてがわれる役割が異なるのである。この点で、言語における演算と計算における演算はその基本概念がよく似ているといえる。言語運用障害があると計算障害も生ずることが多いというのも、こういう根底にある概念が共通したところをもっているからではないかと思われる。

このように、一つの概念には、それ自体が持っている意味と構造の中で与えられる役割とがあり、これを座標軸にたとえたとすると、ある構造の中に置かれた要素には、異なる2つの関数があてがわれるということになるであろう。

そうすると、言語においても、計算においても、それぞれの能力が適切に運用されるには、次の（8）に示す2つの要件が満たされていなければならないことになる。

（8） 言語と計算の基礎要件

- a. 座標軸における原点の確立
- b. 関数の平行移動

ややたとえに偏重した記述になっているが、「たとえ」というのは、けっして、非科学的な手段ではない。それどころか、重要な分析の手立てであり、どこで破綻するか、行き詰まる場所まで推し進めてみることは、未知の領域に歩を進める場合、非常に有効な方策である。

2 座標軸における原点の確立

（8）に挙げた2つの要件について具体的な症例でその妥当性を考えてみることにしよう。次の対話を見てみることにしよう（綿森・原（1997）に収録されている映像による）。ST は言語聴覚士、Pat は患者を表す。患者は喚語困難をかかえている。

（9） 喚語障害の例

ST : (大根の絵を差し出して) これは何ですか

Pat : (無言)

ST : 最初は「だ」で始まります

Pat : (一音一音切って) だ・い・こ・ん だ・い・こ・ん

言語聴覚士が大根の絵を見せて、それが何であるかを問うたところ、最初、患者は答えない。絵の表している野菜がどういうものであるかがわからないのではない。そうではなく、その実体はわかっているのだが、名前が思い出せないのである。そこで言語聴覚士が最初の音をヒントに出した。そのとたん、「だ・い・こ・ん」と答えた。この喚語障害の患者にとって、ものの名前の音形は語頭の音を原点とする関数であり、その原点が確立できないために、あとに続くすべての音が出てこないということのようである。

ところが、ひとたび原点が与えられると、それに合わせた関数が瞬時に成立し、語全体の音形を紡ぎ出すことができるようになる。

これは語彙というものが脳内のレキシコンにどういう形でおさまっているかについて興味深い示唆を与えてくれる。一つの仮説として、各語彙は、その音形がまるごと露出しているのではなく、最初の一音節が、いわば「頭出し」のような形で顔を出しており、話し手はその語頭の一音節から成る集合を高速でスキャンしながら、最適な語彙を探し出すというふうになっているのかもしれない。語彙の音形が語頭音を原点とした関数であるという考えは、健常者の語彙探索のプロセスにも合致するところがあるように思われる。

なお、(9)の患者について、大根の名前が出てこなくても、その実体はわかっているという旨を記した。語彙が出てこないことと、その語彙と対応している現実世界の事物についての知識のあるなしとは、直接的な関係はない。たとえば、「疲れる」という語彙は知っていても、疲れるというのが肉体的にどういうことなのか知らないという人もある。まわりの雰囲気や心が静かでおだやかであることは日常生活でしばしば経験していても、「静謐」という語彙を知らない人もある。

このことを別の例で見てみることにしよう。「色名健忘」と呼ばれる症例の患者の例である(Headの22番の患者としてCassirer(1929:229)に報告されている)。この患者は塗装業者であり、色名には詳しい。この患者は、第1音節をヒントとして提示されるまで、提示された色見本の名前を言うことができないのだが、その色を作り出す素材と製造過程は正確に述べることができたということである。つまり、それが何であるかはわかっているが、名前が出てこない症状である。

そういう喚語困難の主原因が、当該の語の語頭音を、その語の音形の原点に位置づけることができないところにあるということを示していると思われるのが(9)の例である。

次に書字障害の患者の例を見てみることにしよう((綿森・原(1997)に収録されている映像による)。

(10) 書字障害の例

ST : (雨降りの絵を差し出して) これは何が降っていますか

Pat : あめ

ST : 漢字で書いてください

Pat : (右半身麻痺のため左手で)「雨」(と書く)(書き順は正確)

ST : こんどはかなで書いてください

Pat : (考え込む)

ST : 最初はこれで始まります(と言って「あ」と書く)

Pat : 「あめ」「あめ」(と言いながらも「め」が書けない)

この症例で問題になるのは(利き手ではない)左手で「め」というひらがなが書けないところである。なぜ「め」が書けないのだろうか。このことについて綿森・原(1997)は、この症例を収録した理由も含めて、なにも論評していない。

試しにみずから書いてみてわかったことであるが、「め」は、ふだん使わない左手で書こうとすると、手が動かないのである。具体的には、左上から右下に抜ける線から入るのか、上が飛び出た「の」の字から入るのか、どちらであるかわからない。どちらもほぼ同じ高さから右下あるいは左下に線を引くのだが、書き出しがどちらであるか困惑した。要するに、出発点が定められないのである。文字を書くときの出発点は書き出しである。どこから書き出すかわからない場合は、当然、文字が書けないということになる。片麻痺があるのではない者でもこのありさまであるから、利き手が使えない障害者の場合は一層苦労するであろうことは想像に難くない。書字障害の原因は、尋常ならざる程度に文字の書き出しの出発点がわからないというところにあるように思われる。

このことに関連して、Head(1923:516)に興味深い報告がある。自分の部屋の見取り図が描けなかった患者が次のような主旨の証言をしているというのである。

- (11) 最初、部屋の見取り図を描くように言われても、できませんでした。書き出し(starting point)がわからなかったのです。部屋のすべての家具がどういう配置になっているかはわかっていました。でも、図面上に配置せよと言われると、何から書き出してよいかわからず、とまどいました。ところが、先生から、一つひとつ、家具の場所を聞かれて答えると、書く順番がわかって、あとはそれを思い出しながら簡単に見取り図が描けました。

部分を了解していても、それを首尾一貫した全体として構築するためには、出発点の確立がいかに重要であるかを端的に物語っている証言であろう。

次に音声理解に困難があった患者の症状を考察してみることにしよう。この患者から発症当時の様子について次のような主旨の証言が得られている(久保田との個人会話)。

- (12) 相手の言っていることがわからないのではない。目の前で話している人の話を聞こうとしているのに、他のところの会話が聞こえてきて、そちらの方の話に気が行っ

てしまう。また別のところで会話があると、こんどはそちらの方に気が行ってしまう。それで目の前の人と話していることに集中できず、けっきょく相手が何を言っているのかわからない。

自分とは関係のない会話にも無造作に気が向いてしまい、目の前の会話に集中できないというのである。気が散漫になるというのは失語症にかぎらず、脳損傷の後遺症の一般的な症状であるが、つまるところは、座標軸の原点があっちに振れ、こっちに振れて、首尾一貫した原点を定めることができないということにはかならない。これは言語自体の障害というより、認知の障害と言った方がよいだろう。

認知全体にかかわる障害のいまひとつの例として、文字・図形の認識困難の事例を挙げてみることにしよう。

(13) あ

ここにはひらがなの「あ」と書いてあるのだが、この文字を見ても何という字であるかわからない人がある。ところがそのような人でも、この文字をなぞると、「あ」であることが理解できる場合がある。つまりその人の文字知識は健全であり、ただ視覚情報だけでは当該の知識と結びつかないのである。それがなぞることによって文字の出発点が定められ、そこから当該の文字の全体像を認識することができるようになる。

次に(14)の図を見えることにしよう。

(14) 



ここに示したような形で3つの点が与えられた場合、健常者であれば各点を頂点とする三角形として読み取る人が多いようである。点としては離れているが、この離れた3つの点の間になんとか整合性を持たせようとする強い力が働き、その一つの解釈として(見えない)三角形を読み取ろうとするのが、ふつうの人の認知活動のようである。

ところが、この3つの点を「しみ」としか理解できない人がある。つまり、3つの点の間に相互関係を想定しないのである。3つの点を三角形の各頂点として認識するということは、どこからでもかまわないが、ある一つの点を出発点として、隣の点に線分を伸ばし、さらにそこから別の点に線分を伸ばし、最終的に、出発点に戻ってくることである。それができないということは、3つの点のいずれかを出発点として位置づけることができないということである。文字の場合とちがって、もともと線分がないから、なぞることもできない。だからそのような人にとっては3つの「・」はたんなるしみにしか見えないことになる。

いずれの事例も、出発点が確立できないことが言語の運用を含めて認知活動全体に影響を及ぼしていると思われるものである。

以上のような視点から、既出（2）の発話をあらためて見てみることにしよう。

[が]

(2) a. 大工さん の 家を建てた

[から]

b. 前 の 血圧 高い

どちらの例も、文頭の限定詞句を主題関係の座標軸に適切に定位させることに失敗している。本来「大工さん」は動作主、「前」は起点として位置づけられるべきものであった。この場合、連続してあらわれる2つの限定詞句を別々に定位せずに、「の」によって一つの限定詞句に統合した理由はよくわからない。記憶容量の縮小が主因で、一刻も早く、一定の主題関係を内在させた表現をつくりたかったのかもしれない（4ページの解説および Sasanuma, Kamio and Kubota (1990b : 1332) を参照）が、確定的な理由は不明である。ただ、どちらの場合も、文頭の限定詞句の位置づけ（出発点の定位）に不適格なところがあり、これにもとづいてつくられた座標軸も、本来意図されたものにはならなかった、というふうに総括することができるであろう。

3 関数の平行移動

次に、関数の平行移動が適切に行われない患者の例を見てみることにしよう。Goldstein (1923 : 162ff, 169f) は、上といえば頭のある方、下といえば足のある方と認識している患者の症例を報告している。

この患者の認識は、立った姿勢ではなにも問題は生じない。たしかに頭が上にあり、足が下にあるからである。ところが、この患者がソファーなりベッドなりに横になったときに問題である。ここでは空間が90度回転しており、また頭と足に上下の区別がなくなっている。健常者ならば、通例、空間のあり方を基点とし、自分の姿勢をそれに合わせて認識するであろう。つまり、自分が横になっているという認識である。ところがこの患者は、自分の空間位置をあくまで頭と足を基点とし、横たわったとしても頭のある方が上、足のある方が下という認識をする。そのため横たわった状態では、部屋の様子を絵でも言葉でも描写することができない。関数の平行移動が適切に行われない例である。

次にやや複雑な指示をまじえた検査結果を考えてみることにしよう。ブローカ失語の患者の例である。(15)のように5つの物体が患者の前に並べられているとしよう（綿森・原 (1997) に収録されている映像にもとづく）。

(15)



左から、ハサミ、櫛、鉛筆、10円玉、湯飲み茶碗である。まず、言語聴覚士が次の(16)の指示を出す。

(16) 茶碗の中に10円玉を入れてください

患者はこの指示を正しく理解し、正しく実行した。
次に(17)の指示を出す。

(17) 10円玉を裏返してから、櫛を持ってください

この指示も正しく理解し、正しく実行した。ただし、患者はそれが正しい行為であったか不安であるらしく、行為の完了後、言語聴覚士に向かってこれでよいかとたずねるような顔つきをした。

次に(18)の指示を出す。

(18) 茶碗の手前に、ハサミを置いてください。

患者は「茶碗の手前に」と言われた時点で茶碗を指さし、茶碗をじっと見つめたまま、先に進まない。次にすべき動作がわからないのである。なにかしなければならぬことは理解しているようであるが、それが何なのかわからない。わずかではあるが、ハサミか櫛の方に手を伸ばしかけようとする動作を示した。しばらくして再度指示が出された。こんどは、茶碗を指さしたあと、ほとんど躊躇することなく櫛に手を伸ばして茶碗の手前に置いた。置いたのがハサミではなく櫛であった理由はわからない。いわゆる「保続」現象かもしれない。しばしば直前の行為・出来事にかかわった事物を当該の行為に持ち越すことがあるからである。この場合、(18)の指示の前に櫛を持つことが指示されていた。いずれにしても、最初の指示が遂行できなかったのは、患者が、茶碗を原点とする関数をつ

くったのち、「その手前」という何もない空間をあらたな原点とする関数に適切に平行移動することができなかつたからであるというふうに考えることができる。

次に (19) の指示を出す。

(19) 鉛筆と櫛の間に10円玉を置いてください

患者の手が動かない。じっと考えて、鉛筆を持つてはしばらく考え、櫛を持つてはしばらく考えている。この課題は上記 (16)-(18) の指示とちがって、置かれている物体の順序を入れ替えることを求めている。順序の入れ替えということであれば (16) の課題でも10円玉を湯飲み茶碗の中に入れることが求められているのだが、その場合、10円玉と茶碗の配置順序が替わるということはない。2つの物体が重なるのみである。しかも10円玉と湯飲み茶碗の関係は一方的である。湯飲み茶碗の中に10円玉を入れるしかなく、その逆は成り立たない。

それにたいして、(19) の課題は、3つの物体に言及したうえで、左側2つの物体の間に右側の物体を割り込ませることを求めている。つまり (20) のような配置換えである。

(20) 櫛 — 鉛筆 — 10円玉

1 2 3
→ 1 3 2

特に注意すべきは、「鉛筆と櫛の間に」という言い方である。つまり、まず櫛と鉛筆という2つの原点を設定し、それを踏まえたくて、その間にある空間を新たな原点として設定し直すことを求めているのである。上記の (14) や (18) のところで触れるところがあつたように、「なにもない」ところに原点を確立するのは容易ではない。加えて、患者の目の前には (19) の指示で言及されていない2つの物体がある。ハサミと湯飲み茶碗である。この2つの物体は変項 (variables) として「実体のないもの」とみなされなければならない。(19) の指示は単純に3つの物体の入れ替えを内容とするものではない。(19) の指示には複雑な関数の平行移動が求められているのである。

次に、2つの座標軸が異なる世界に属している場合の症例について見てみることにしよう。「異なる世界」とは、一方は言語の世界で、もう一方は現実の世界である。この2つの世界に属する関数のあいだに平行移動の要件が求められたら、どういうことが起こるであろうか。

Winner and Gardner (1977) は脳損傷者による比喩の理解に関して興味深い実験結果を報告している。患者は次の (21) の文の意味をたずねられている。

(21) Lend me a hand. (手を貸してください)

被験者は、左半球損傷者、右半球損傷者、後頭部損傷者、精神障害者の4つのグループに分かれている。各被験者はこの文が表している内容を4枚の絵から選ぶという方法で回答する。4枚の絵は、いずれも2人の登場人物が描かれており、倒れている人に手をさしのべている絵、切断された腕を手渡している絵、その他2枚である。左半球損傷者は大半が倒れている人に手をさしのべている絵を選んだ。そして、切断されている腕を手渡している絵には「そういう意味にとれないことはないが」と笑うだけであった。しかし少数ではあるがこちらの絵を選んだ人もいた。それにたいして右半球損傷者の場合は、この2枚の絵に回答が割れた。左半球損傷者の場合より多くの人が切断された絵を正解として選んでいるのである。切断された絵の方を選ぶ割合は、後頭部損傷者ではさらに増し、精神障害者になると大半がこちらの絵を選んでいる。

(21)の文は、通例、比喩として解釈される。比喩は、言語表現の文字どおりの内容が現実世界において成り立っていないことが基礎条件である(安井(1978)を参照)。(21)の文に即して言えば、「手を貸す」というけれども、現実には手は人体から分離不可能であるから「貸せない」ものである。その「貸せない手」をなんとか貸せるように再解釈しようとするところに比喩が成り立つ素地がある。この場合は「手」を「手助け」というような意に拡大解釈する必要がある。その分、「手」の内容が抽象的になり、高度の思考を要することになる。

これを関数の平行移動の視点から換言すると、まず言語表現の文字どおりの意味の解釈がある。これは言語世界の間数である。ところが現実には「手は貸せない」ものであるという現実世界の事実がある。これは現実世界の間数である。この2つの関数を調和させるには第3の間数が必要になる。それは「手」を「手助け」の意に拡張した関数である。(21)の文を比喩として理解するには、第3の間数への平行移動が必要になるのである。このとき特に重要になるのは現実世界の把握である。つまり文字どおりの意味が現実世界では成り立たないという認識である。この認識に障害があると、言語の間数が現実世界の間数のどちらか一方に固執し、第3の間数の確立とそこへの適切な平行移動が行われない。その度合いが、左半球損傷者<右半球損傷者<後頭部損傷者<精神障害者の順に重篤になっていくということである。

このような言語の世界と現実の世界にズレがある場合に言語の運用に障害が起こるのは、多くの場合、言語の世界より現実の世界に依存する度合いが大きい場合であるようである。たとえばある表現を発言することが求められても、その内容が現実に合わない場合は、言えないという患者がある。たとえば左半球損傷により右半身が麻痺しているある患者がSTから(22)の2つの指示を受けた。

- (22) a. 「わたしは右手で字が書ける」と言ってください
b. 「わたしは左手で字が書ける」と言ってください

この2つの指示のうち、患者は(22a)の指示を実行することができない。指示の意味

が理解できていないのではない。指示の意味はよく了解している。それならばなぜ「右手で字が書ける」と言えないのかということ、「(麻痺している)右手では字が書けないから」というのである(「右手では字が書けない」と言える!)。つまり、一方に言語による指示があり、もう一方に現実の世界がある。その両方に目を配りながら、意図的に現実の世界を無視して虚偽の内容を言うことが求められているのであるが、この患者はそれができない。この患者は現実世界の関数から基軸を移すことができないのである。

4 座標軸の親近性(自分の座標軸と他人の座標軸)

座標軸における原点の確立と関数の平行移動に障害があると言語運用にも一定の障害が生ずることを見た。このことに関して、ずっと以前から指摘されていながら、そして、臨床の現場でだれもが経験しているはずであるにもかかわらず、解剖学的・生理学的な視点に軸足を置く医療関係者から無視されている事実がある。それは、失語症も含めて、どんな言語障害であっても、同一の患者にその障害が起こるときと起こらないときがあるという事実である。これをわたくしは失語症の基本的事実として次のように書いたことがある(久保田(2007:113))。

- (23) a. 失語症の臨床データは、すべて、特定の回復段階における一過性のものである。つまり、同一話者内での恒常的な再現性がない。
- b. 失語症の臨床データにおいては、厳密な意味で首尾一貫してあらわれる異常はない。ある異常が生ずる傾向にあるというにすぎない。

同じことを Cassirer (1927) も繰り返し指摘する。

- (24) 臨床経験が教えているとおり、患者は、ある表現を、場面によって使えるときと使えないときがある (p. 217)。……言語の障害の本質は患者の単なる言葉の使い方だけから読み取ることはできない。むしろ患者は、ある言葉を特定の条件下では完全に使いこなせるのに、他の条件下では使えない、というところに目を向けなければならない。それと同じことが行為や特定の動作の遂行についてもいえるのである。そうした動作が難なく遂行されるような状況もあれば、まったくおこなえない状況もあるのである (p. 265)。

そして、こう結論づける。

- (25) こうした行動の差異は、ある語の知識が破壊されたということから出発したのでは説明がつかない。なぜなら、ある語の知識がひとたび破壊されてしまえば、それが特定の条件下で回復されることなどあろうはずはないからである。(Cassirer (1927:217))

それでは、失語症患者が言語運用に苦勞しない状況とはどういうものなのであろうか。それは、患者が自分の世界にあるときである。たとえば、あるブローカ失語の患者は自転車の絵を見せられて、「これは何ですか」と聞かれても、無言で考え込むだけで答えられない。困ったあげく、患者がとった行動は、「さあてこれは何かなあ」と、よどみなく、つぶやいたのである。このようなとき、診察者が「いまおっしゃったことをもう一度言ってください」と求めても、患者はもう言えない。つまり、患者は自分の世界にあるとき、換言すれば、自分がつくった座標軸の中にあるときは、まるで障害を感じないのである。

同様の症例はいくらでも報告されている。Lenneberg (1967: 193) は診察者が患者の時計を借りて、「これは何ですか」とたずねた例を紹介している。患者は「時計」(watch) という語を言うことができないのだが、このテストが終わるとすぐに「私の時計を返してください!」(Give me back my watch!) と、みずからすすんで診察者に言うことが典型的に見られると報告している。

さらに Head (1920: 116) は、質問にたいして Yes あるいは No のどちらかでしか答えられない患者の例を報告している。ヘッドは、患者に No という語を言ってみせたが、この患者はそれを繰り返すことができない。ところがあるとき、このテストを受けている最中に患者が首を振りながら完全な文で返答したのである。“No, I don't know how to do it.” 上記の日本人ブローカ失語の患者の例とじつによく似た言動である。

自分の座標軸の中に身を置いているときは言語運用が滑らかで、他人から与えられた座標軸の中で行動しなければならないときは、まったくできないか、できても苦勞する。健常者でも相手が用意した土俵の中で言葉のやりとりをするのがそれほど簡単でないことはだれもが経験していることであろうと思われる。脳損傷者の場合は、なおさらである。

じつはこのような事情は脳損傷を受けた大人にかぎらない。言語習得期にある子どもの場合も、自分から話す場合と、対話者から話しかけられて応答するという形で話をする場合とでは、誤りの種類が異なることが報告されている。

Snyder (2007) によれば、自発的な発話では、文法的に正しい形式を用いたうえで、特定の要素を落とす、という形の誤りを犯す傾向にある。それにたいして、質疑応答では、結びつけてはいけない要素を結びつけて文法的に正しくない形式をつくる、というのである。どちらがより深刻な事態であるかは明白である。自分の座標軸の中にある方が、犯す誤りも聞き手が容易に修正してくれるものが多く、その点では安定している。相手の座標軸の中で言語運用しなければならない場合は、聞き手にとって話し手の意図した内容が容易には理解しがたい場合が少なくない。座標軸の内容そのものが問題になるだけでなく、誰の座標軸の中で言語を運用するかという心理的側面も、言語運用障害の発生機序に深く関係しているものと思われる。

5 レネバーグの失語症論

本稿の「はじめに」において、失語症状に共通する性質を考察しようとする数少ない研究の代表例としてカッシーラーとともにレネバーグ (Lenneberg 1967) を挙げた。本稿

はもっぱらカッシーラーの知見に触発されて認知論的考察を深めようとしたものであるが、本稿を締めくくるにあたり、レネバーグの主張にも一言触れておくべきかと思う。

レネバーグは、「中枢神経系にかかわる言語障害のほとんどすべての症状は時間調整メカニズムの異常 (disorders of timing mechanisms) として特徴付けることができる」(Lenneberg 1967 : 218) としている。その例証としてレネバーグは Brain (1955) から次のような発話を引用している (2 番目の not は不自然であるが、否定を繰り返したつもりだったのだらうと解釈して、ここでは問題にしないことにする)。

- (26) I haven't been headache troubled not for a long time. (Lenneberg 1967 : 194)
 (「頭痛で悩まされたことはありませんでした、長いことはありませんでした」)

この発話は患者が Do you have headaches? と聞かれて答えたものである。headache と troubled の順序が逆で、ふつうの文であれば次の (27) のように (前置詞も入れて) troubled by headache のようになっているべきものである。

- (27) I haven't been troubled by headache not for a long time.

これはすなわち、「患者が文の構成要素の順序を定めることができずに、統語規則を無視して、単純に流れ作業的に語を並べた結果」(Lenneberg 1967 : 219) であり、失語症状の大半はこのような時間的統合作用の異常、すなわち「しかるべき時にしかるべき要素を配置する能力の欠如」(Lenneberg 1967 : 222) に由来するとみることができる、というのである。

しかしながら、(26) の発話は、一見、語順の異常があるようにみえるが、最低限の統語規則にのっとっているようにもみえるのである。英語には N-Ved という複合形容詞の構造がある。この場合、Ved は受動態であり、N は主題あるいは動作主である。つまり、Ved by N という動詞句を、語順を変えて複合形容詞に圧縮した形である。たとえば pulled by dog → dog-pulled (犬に引かれた) (cf. a dog-pulled sled (犬ぞり)) のような変換が一例である。

そうすると、headache troubled という形も一概に「時間的統合作用の異常」で生じたものとは言いきれず、(ふつうの言い方でないことは確かであるが) それなりに英語の規則を守った正しい語順の表現であるとも言えるのである。

既出 (2) の例の解説においても触れたことであるが、失語症患者の発話は一見文法に違反しているように見えながら、そのじつ、最低限の規則は守っていることが多い。「時間調整メカニズムの異常」という考え方で失語症を統一的に説明しようとするレネバーグの考え方は興味深いものであるが、語中音が入れ替わる字性錯語 (literal paraphasia) にはうまく当てはまるものの、統語構造がかかわる文のレベルの失語データについては、文法上の解釈そのものに検討の余地があるようにも思われる。

6 まとめ

失語症のデータを言語学的に厳密に解釈してみると、「それほど悪くない」と判定できるデータが少なくない。そして、真に問題が生じている例については、認知における座標軸の原点の確立および座標軸の平行移動が適切に行えないもの、という形で総括できることが多い。もちろんこれだけで失語のデータすべてが説明できるわけではない。が、「統合力の低下」という概念も含めてもっと一般化した形で失語症のデータを解析しようとするれば、このような認知論的モデルに見通しのよさがあるように思われる。失語症は一定の範囲では解剖学的・生理学的な説明が可能であるにしても、それは二次的な位置づけにとどまる。失語症の統合理論を目指そうとすれば、本質的には認知論的なものになっていくものと思われる。

REFERENCES

- Brain, Sir Russell (1955) "Aphasia, Apraxia, and Agnosia," in *Neurology*, S.A.K. Wilson (2nd ed.), Williams and Wilkins.
- Cassirer, Ernst (1929) *The Phenomenology of Knowledge (The Philosophy of Symbolic Forms, Vol. 3)*, Yale University Press (1957).
- Chomsky, Noam (1988) *Language and Problems of Knowledge*, MIT Press.
- Goldstein, Kurt (1923) "Über die Abhängigkeit der Bewegungen von optischen Vorgängen," *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Vol. 54, pp. 141-194.
- Head, Henry (1920) "Aphasia and Kindred Disorders of Speech," *Brain*, Vol. 43, pp. 87-165.
- . (1923) "Speech and Cerebral Localization," *Brain*, Vol. 46, pp. 355-528.
- 井村恒郎 (1983) 『脳病理学・神経症』(「井村恒郎著作集」第2巻)、みすず書房。
- 久保田正人 (1988) 「失語症をめぐって」『千葉大学教養部研究報告』A-12, pp. 137-163.
- . (2007) 『ことばは壊れない－失語症の言語学』(「開拓社言語・文化選書」第4巻)、開拓社。
- Lenneberg, Erich H. (1967) *Biological Foundations of Language*, Wiley.
- 佐々木仁子・久保田正人 (2002) 「日本手話と日本語」『言語文化論叢』(千葉大学外国語センター) 第10号、pp. 13-24.
- Sasanuma, Sumiko, Akio Kamio and Masahito Kubota (1990a) "Agrammatism in Japanese: Two Case Studies," in Lise Menn and Loraine K. Obler (eds.) (1990) *Agrammatic Aphasia: a Cross-Language Narrative Sourcebook*, pp. 1225-1307, John Benjamins.
- . (1990b) "Crossed Agrammatism in Japanese: a Case Study," in Lise Menn and Loraine K. Obler (eds.) (1990) *Agrammatic Aphasia: a Cross-Language Narrative Sourcebook*, pp. 1309-1353, John Benjamins.
- Snyder, William (2007) *Child Language: The Parametric Approach*, Oxford University Press.
- 綿森淑子・原寛美 (監修・指導) (1997) 『失語症—ブローカ失語とウェルニッケ失語』、三輪書店。
- Winner, E. and H. Gardner (1977) "The Comprehension of Metaphor in Brain-Damaged Patients," *Brain*, Vol. 100, pp. 717-729.
- 安井 稔 (1978) 『言外の意味』、研究社 (『新版 言外の意味』上下、開拓社、2007)。