

現象学的記述の可能性の基盤への問い

—幻痛体験を手掛かりとして—

An Inquiry into the Bases of the Possibility of Phenomenological Description

— Based on the Personal Experience of a Hallucinatory Headache —

岡田 敬司

Keiji OKADA

目 次

- 1 はじめに
- 2 追体験可能性について
- 3 症例O
- 4 判断停止について
- 5 もう一つの仮説：「痛みには外部原因があった」
- 6 痛みがない間は容易に病識が現れる
- 7 幻覚としての痛みの解決とは何か：物語構築による飼いならし
- 8 記述可能性の構造
 - 8-1 内部観察と外部観察
 - 8-2 形象化と言語化
 - 8-3 真実性と再現性

1 はじめに

この小論は、本物の感覚経験と幻覚経験とはいかにして区別できるかを問う中で、そもそも現象学的記述が世界の真実相を捉えうるのはなにゆえか、という問題に答えようとするものである。

その際、吟味する素材として幻覚としての頭痛を取り上げるのだが、痛みはその特徴として、身体以外の外部対象には定位しないことがあげられよう。実際、痛むのは私の身体（あるいは比喩的に私の心）以外ではありえない。すなわち、体験以外ではありえない。

これは、感覚経験一般が外部経験として（外部対象に定位する経験として）成立するのとは著しい対照をなす。そしてこのことが痛みの幻覚なるものに、幻覚一般とは際立った違いをもたらすように思えるのである。

幻覚一般においては、本当は存在しない何ものかが私の感覚経験に現れる。この定義の仕方ではあるならば、痛みの幻覚というものはあり得ない。痛みはもともと、何ものかの存在を定立するものではない。痛みは身体経験の自覚としての主観的経験でし

かありえず、それゆえ、すべての痛みは「真」なる体験なのである。

もちろん、私に痛みをもたらすもとなった何ものかが外界に定位することは多々ある。外部原因による痛みの場合がそれである。石とか小刀とか針とかである。しかしそれとは別に、いわゆる病気による身体部位の痛みと判断されるものも、痛みの経験の重要な部分を占める。この場合、原因は特定できるものとして想定されるが、個物として定立することはない。それは私の身体に瀰漫した内的痛みの経験である。特定されるのは原因としての個物ではなく、広がりがある程度限定された「痛む部位」だけである。

2 追体験可能性について

視覚、触覚、聴覚などは原則的に共体験可能である。つまり、共通の場面に居合わせて、世界内のある対象を共に感知できさえすれば、「その対象に起因するものとして」ある感覚を経験できる。

痛みについてはどうか。結論から言うと、外部対象は存在しない。ノエマなしのノエシスの経験は、

痛みにこそ当てはまる。もちろん石が頭に当たって痛いとき、その痛みは外部対象たる石に起因するものと判断される。しかし石が痛むのではない。「頭のここが痛む」のであり、「頭の痛いところが痛む」のである。身体という外部でもあり内部でもあるものの一部である頭が痛いのである。

ところで、外部は対象化できるが内部は不可能である。解剖によって痛んでいる当の神経部位を可視化すれば、確かにそれは外部対象として経験できる。しかしその時外部化された身体内部（神経線維）は「見える」のであり「痛む」のではない。そこには痛みの体験の主題化はないのである。対象化されたのは「見え」であって「痛み」ではなかったのである。見えるものが見えるのだが、痛むものが痛むのではない。

この痛みの独我論的性格こそ、それが共同体験不可能であることの理由であろう。他人の痛みがわかるとはどこまでも比喩的表現であり、知的に理解したり想像したりすることは可能かもしれないが、感覚的に共同体験することは不可能なのである。

逆に言えば、感覚経験のリアルさや客観性はその共同体験可能性に支えられており、その可能性の閉ざされた痛み体験は、どこまでも主観的、独我論的そして幻覚的でしかありえないのである。

では幻覚ではない痛みとは何か。それはいかに経験されるのか。いかにして幻覚と区別されるのか。

おそらくある痛みが本物であるか幻覚であるかは、事後的に何とか区別されるだけであって、痛んでいる最中であっては本物も幻覚もないであろう。どちらにしても、痛んでいることは疑い得ないのであるから。

このことは、痛みが本物か幻覚かを識別する能力あるいは資格が、当の感覚主体からは剥奪されていることを示している。それが本物であったか否かは、徹底的に他者、あるいは事後の本人（一種の他者）に判断が委ねられているということである。本物の痛みとか幻覚としての痛みとかは、経験されるものではなく判断されるものなのである。そしてその判断は、原経験が他者によって、あるいは事後に本人によって追体験され、それが原経験と同じと見なされれば本物であり、みなされなければ幻覚なのである。

他者による追体験とは、同じ状況、同じ条件下で

他者が同じく痛いという感覚を経験するかどうかである。本人による追体験はもし起こったとしても、本物の痛みであったことの証としては不十分である。なぜなら、幻覚の再出現ということがありうるからだ。この可能性は、他者による追体験においてもゼロではないが、「同時に独立した二主体の感覚経験が狂う確率」は一主体の場合の累乗倍の小さくなるのである。例えば百分の一が万分の一になるという具合に。

痛みの体験が本物であるか幻覚であるかは、このように他者の追体験による検証でもって区別されるが、その精度はせいぜいのところ確率的であり、近似的なのである。

幻覚を経験する主体は普通、精神疾患にかかっているとみなされる。病者でない健常主体が幻覚を経験するのは、一般的なものとしては夢においてである。H・エイが言うように⁽¹⁾、夢とは健常者において繰り返し経験される幻覚であり狂気なのである。それ以外では薬物摂取による幻覚があり、これも再現性に優れている。

以上から、幻覚は①精神病者において現れる②夢において現れる③薬物摂取あるいはこれに準じた刺激によって現れる、ものにほぼ限られるとされており、このように限定できるからこそ、幻覚は異常体験とされるのである。

この3つの条件下以外で幻覚が現れることは極めてまれであり、それゆえ、本物の経験か幻覚かは、当の経験がこの3条件下でなされたかどうかで判定される。その判定は内在的ではなく徹底的に外在的になされるのである。直接経験によってではなく、間接経験のすり合わせによってなされるのだ。その一致は判断の一致であり、経験の一致ではない。

このようなわけで、以下に記述する「幻覚としての頭痛」は、単純かつ純粋な意識の内部体験の内部観察というわけにはいかず、内省的記述と客観性（実在性）判断とが絡み合って進行せざるを得ないのである。それは結論を先取りして言えば、体験の経験化の複雑な行程である。

3 症例O

Oは67歳男性、K国立大学を64歳で定年退職後、市内の私学であるK女子大学に勤めている。

以前から大きな物音には気が散る傾向があったが、この女子大に来てからこれが苦痛になってきた。というのも、以前の職場でも自宅でも扉は木製で、音はするがガタン、バタンといったたぐいであり気になることはあっても許容範囲であったが、新しい職場ではガシャン、バシャンといった金属音で、仕事がままならないほどになった。

事実、今度の研究室棟はすべて鉄扉で、廊下を挟んで20ほどの室が並んでおり、誰かが出入りするたびにガシャン、バシャンという音がのべつ響いている有様であった。Oにすれば、この環境で研究ができるというのが不思議であったが、同僚たちは誰も苦しんでいる風はなかった。(この状態で4年間過ぎすが耐えられなくなり、5年目、つまり最後の一年間は別棟の研究室に移ることになる。実はこの前年くらいから、正体不明の頭痛が続いていたのである。この研究室棟は部屋数が少ないうえに空き室が多く、そのうえ、木質扉で、極めて静かであった。)

この部屋に移ってからは仕事に障りはなくなったが、皮肉なことに前述の頭痛が耐え難くなってきたのもこの頃であった。

市内最高の頭痛専門医を自認するI神経内科医にかかるも改善はなかった。旧来の薬を順に処方してもらったが全く効かない。比較的新しいサインバルタという薬が1日40ミリグラム処方では効果が現れたが、数日で再発してしまう。50ミリグラムに増量しても効果は消えたままであった。なお、MRI検査でも異常な所見はなかった。

この後は若干の効果はあるのだろうとの想定の下に1日量サインバルタ20ミリグラムとエビリファイ3ミリグラムを服用しているが、抗鬱効果、抗幻覚効果はともかくも、頭痛そのものにはほとんど効果はなく、しかも厄介なことに、頭痛が起こるときは付近で誰かがスマートフォンを操作しているという「発見」に対する確信がますます強くなってきた。これは全くの無根拠ではなく、学生の一人がスマートフォンで高周波音である「モスキート音」発信してくれた時に、ガンと頭を殴られたような痛みが来た経験に由来している。

このことからわかるように、Oの頭痛の原因探しは「誰かに高周波音を発信されている」という被害妄想(?)と地続きであった。

この原因特定不可能状態が、すべての職から引いた71歳の今日に至るまで続いているのだが、この不可能性は同時に、この経験が幻覚であるのかリアルな経験であるのかの識別の不可能性でもあった。外部に原因を発見できればリアルな経験ということになるし、発見できなければ純内発的経験、すなわち幻覚妄想ということになる。(ここで外部と言っているのは純主観的、精神的な原因を除くすべてのものに定位しうること、例えば神経炎といったものも物的であり外的である。)

顕著な薬効を得られないので、この神経内科に見切りをつけ、T精神科を受診する。先に述べた通り、Oの頭痛には「誰かに高周波音を発信されているのが原因だ」という被害感が強く、これが現実だという確認が不可能のままに被害感を持ち続けているのであるから、これが被害「妄想」である可能性は大きいといわねばならないからである。

Oは幻聴や被害妄想についての知識は持っていたし、それらが自身のこれまでの生活に紛れ込んだことがあることも分かっているから、それらから目を背けようという普通の防衛的構えは取らなかったが、それにしても「幻覚としての痛み」というものには全くなじみがなかった。そうしたものが存在することさえ、ゴルトシュタインの幻影肢の症例報告⁽²⁾によってわずかに認識しているものの、現実体験としては全く信じられない有様であった。

さて、一昨年(2018年)3月、頭痛のせいもあって70歳の定年延長停止年齢の1年前にK女子大を退職し、同時にT精神科へ通院しだしたものの、4月、5月、6月と薬効が現れないままに時が過ぎた。何種類かの抗精神病薬を順に試したが、駄目であった。

8月になってこの年の春に発売になったという新薬のレキサルティを2ミリグラム処方してもらって、やっと効き目が現れた。日に何十回と襲ってきた頭痛が数回に減りしかも激痛がかなり緩やかな痛みに変わってきたのだ。さすがに一挙にゼロとはい

かないものの、日常生活での許容性という点では目覚ましい効果であった。この薬は以前から処方してもらっているエビリファイと化学構造が類似しているということで、これも信頼性を高める効果があったと思われる。

ただ、この薬効は一挙に鮮明な病識をもたらしたわけではなかった。病識も何も、今もって「誰かが高周波音を発信している」という意識は続いており、顕著に薬効が現れている間は「妄想だったかな?」と思えるのだが、頭痛が出現するや否やこれは吹き飛んでしまって、「やっぱり誰かが発信している」という被害感がよみがえるのだった。この行きつ戻りつの状態は今も続いており、決着がつくのは、近い将来に頭痛の再発がほぼゼロになったときだろうと予測している。

理論的には、「誰かが発信しているのならば、私だけでなく近辺の何人もが異変を起こすはずだ。それが無いのは、私個人の感受性に異常があるはずだ」と認識できるのだが、そうであってもそれは妄想ではなく、聴覚を中心領域とした感覚過敏に過ぎないと思ってしまうので、病識を持ちようがなかったのである。

2018年12月の診察でのT医師の見解は「もし神経系のダメージが大きければ、被害感およびそれに起因する痛みが、薬で解消するに至らないこともあり得る」というものであった。彼の頭には「もし幻覚でなく、現実の被害経験だったら」という疑念は浮かばないようだ。Oはといえば、自身が狂っているのか現実に被害を受けているのか、判断がつかない宙づり状態が続いている。つまり、病識が現れたり消えたりしているのが現状である。

4 判断停止について

我々が日常生活において「判断がつかない」経験をすることは稀ではない。友人と仲たがいをしたとき、その原因が自分にあったのか相手にあったのかの判断がつかない、などは典型的な例であろう。「自他の折り合いの不成立」という事態の原因を特定できない経験と言い換えてもよい。

これが典型的と思えるのは、二主体間での原因帰属決定の不可能性、という構造が絡んでいるからだと思う。我々の経験が対人物で成立している場

合と対事物で成立している場合とでは、ある事態発生の原因帰属決定において難易度が大きく異なってくると思われるのである。

対事物関係で、例えば痛みの原因帰属を決定する場合はどうであろうか。対象事物に原因があって、その結果、痛みが感じられるのは通常の場合であり、これは幻覚ではない。痛み感覚の原因が私の身体の神経系にある場合、私たちはこれを病というカテゴリーに入れて混乱を回避する。この病というカテゴリーには「原因が自分にある」と自覚できる通常の病と、この自覚ができない、つまり病識が持てない幻覚性の病の両方が属している。両者の区別は、当の主体が痛みの原因を認識できるかできないかによる。認識できたと思える場合は、神経痛、頭痛などと、身体部位の神経刺激に原因を帰属させているのだが、これはその帰属が正しい場合と思違いによる正しくない場合の両方を含んでいる。どちらの場合も「病識あり」とするのである。

身体部位を特定することもできず、さりとて外部対象を原因として特定することもできない場合、当の主体は判断の宙づり状態に置かれることになる。Oの症例でいえば、他者の行為に原因を帰属できると思う時と、自分の思考や感受性に原因を帰属させざるを得ない時とが、薬効があるかないかによって頻繁に交代するのである。どちらに帰属させた時でも、それが正しい認識だという確信が持てないのである。

被害妄想というという言葉がある。当人が他者の行為に原因を帰属させたにもかかわらず、周囲の人々や権威筋の同意を得ることができず、この多数派對少数派の社会力学によって孤立した当人が「精神を病んでいる(したがってその判断は誤っている)」とされてしまうのである。

注意すべきは、被害妄想の判定が単なる社会力学の結果に過ぎないのにもかかわらず、あたかもそれが「真・偽」「正・不正」の決着がついたかの如く一般に思い込まれていることである。これは精神病学の社会学理論であるラベリング理論⁽³⁾や、いわゆる反精神医学の主張⁽⁴⁾と大きく重なる。おそらくこれが社会学上の抗争の結果に過ぎないと認識できているのは、弱小の側の主体、精神病患者のレッテルを貼られてしまった側の主体の一部のみであろう。この人たちは通常「病識のない重症の人」と見

なされる。

さて、原因帰属の誤りの例として被害妄想を挙げたが、「痛み」の場合、先に考察したように、その原因が事物にある場合には錯覚はあっても妄想は起こりえない。妄想は普通、人の行為に原因を求める場合に起こるものだからである。「意図を持つ」他者のある行為が私の痛みの原因だと思われるとき、妄想の入り込む余地が生じる。たまたまの偶然で他者の行為が痛みの原因になったとき、それを偶然の事態と認識せず、他者の「持続的悪意が引き起こした行為による事態」つまり意図された事態と感知してしまう時、被害妄想が生じる。

ところで、悪意と善意の識別はかなり簡単に交代するものである。例えば善意を持って声掛けの挨拶をしたのに、何らかの事情でにこやかな返礼応答がなかった時、いとも簡単に「妙なやつだ」という判断が生じてしまう。これは対人判断としては、悪意のこもったもののほうに属するだろう。

このように、被害妄想は原因が対人関係の中にあるときにのみ、選択的に生じるのである。

5 もう一つの仮説：「痛みには外部原因があった」

この場合、外部原因とは他者の意図的行為であり、Oの症例では「高周波音の発信」ということになる。むろん、他者の行為が何ら悪意を伴わないものなのに、主体が痛みを感じてしまうこともある。痛みの原因は、厳密には悪意ではなく高周波音だからである。Oにとって両者がほぼ同じ意味になってしまうのは、被害妄想に取りつかれているからであろう。

痛みの原因はなになのか。高周波刺激なのか、それともそれがきっかけとなって、「他者の悪意の存在」を意識してしまうことなのか。

後者であれば、物的な外部原因は一応存在するが、決定的な意味での原因ではない。原因として重要なのは、その際の「悪意の想定」である。つまり外部原因というよりは、主体本人の意識の意味付与行為なのである。主観の事実であっても客観の事実ではない。

このように、主観の事実のありようによって外部事実が痛みの原因になったりならなかったりするの

であれば、この痛みは「幻覚、妄想」の呼称を排除できないであろう。逆に、主観の事実のいかんにかかわらず、この外部事実（高周波音）が痛みをもたらすのであれば、たとえこの時周囲の他の主体に痛みが起こらなくても、高周波音は痛みの客観的原因である。

注意すべきは、痛みに共同体験者がいなくても幻覚や妄想でないといいうるためには、検証の手続きが必要だということである。普通感覚経験では、共同体験が今現在あるいは過去において可能であったがゆえに、この手続きなしでもいわば「自明」に幻覚ではないのである。この自明性はひとたび何らかの疑念が生じれば、自明ではなくなるから、この疑念を晴らす手続きが必要となるのである。

この手続きとは具体的には、原因の再現と痛みの再現言明（痛みは独我論的体験なので言明がなければ他者は知りようがない）とが呼応していることの確認である。もっとも簡単な手続きは、「私が外部原因を発信した」と言明してくれる人を探し出し、その発信と自分の痛み被害とが空間的、時間的に一致することの確認である。

現実問題としては、これには大きな困難が付きまとう。発信行為が殴りつけるとかのよう可視的であれば、加害行為と被害としての痛みが呼応していることを確認できるが、超音波あるいは電磁波のように不可視の媒体を介した加害行為であった場合、この自他の同時の確認作業が成立しない。まず第一に、この加害者の発見、特定が極めて難しい。行為が不可視であるし、加害者が自発的に「私が発信した」と言明してくれることは、そもそもこの行為が悪意から発しているのであれば、期待できない。とすれば、精神病者の妄想だと笑われることを覚悟で、想定できる可能的加害者全員に問いただすことしかない。コミュニケーション場の構築である。

6 痛みがない間は容易に病識が現れる

（2月28日午前）

このところ、痛みには外部原因があるか否かの判断が日に日に揺れている。レキサルティ2ミリグラムを飲みだしてから3日目くらいから4、5日間は例の痛みが嘘のようになくなった。ここであれは幻覚だったか、と思うのだが、4、5日過ぎると、様子

を見ていた輩がしびれを切らせて電波音波を発信して嫌がらせを再開する、という風に気が回ってしまう。悪意の輩がいることには確信があるので、どうしても妄想じみてくるのである。

大体1週間交代でこの揺れが起きている。興味深いのは、いずれの相においても、その相に入ってしまうとそちらの判断がゆるぎないものを感じられてしまうことだ。痛みの起こったときに、「自業自得だ」とか「いや冤罪だったらいい」とかの話声が聞こえたことがある。これは幻聴だといわれて反論に苦しむだろう。どうやら、これは嫌がらせというよりは懲らしめであるらしい。しかしいったい何の懲らしめか。

(4月3日)

相変わらずの揺れだが、1週間くらい前からレキサルティを1ミリグラムに減らし、サインバルタを50ミリグラムに増量した効果か、痛みは日に1回くらいになっている。もちろん、「薬に慣れてくるとまた始まるさ」と、半ばあきらめの思いがある一方で、「今回こそは(悪い輩の様子見ではなく)本当の薬効だ。あの痛みは本当に幻覚だったのだ」と思いたい欲望がうずうずしている。1か月も安定した効果が続けばよいのだが。

(4月7日)

またも痛み復活。回数こそ日に2回くらいだが、かなりきつい。やっぱり様子見だったか、と思えてしまう。

先日、アメリカの警官が黒人を、スタンガンと取り違えて本物の拳銃で撃ってしまったという話をテレビで見聞きした。脅しのスタンガンに類する道具は日本の警察にもありそうだと思う。

(4月19日)

ずいぶん痛みの回数と程度は軽くなっているのだが、昨日1回だけだが激痛がやってきた。この出現の非定型さ、特異さこそ、それがどうしても病の慢性症状とは思えない理由なのだ。この不規則さは、気まぐれな様子見にぴったりなのだ。もう何回考えたことか。しかし頭の片隅には、「1か月も痛まなかったら幻覚だったと思えるのに…」という思いがある。

(5月5日)

何の進展もない。様子見、ちょっかいのたぐいだという確信が強くなる一方だ。隣家に踏み込んでみたら分かりそうだが、これは禁じ手だ。

(5月13日)

いつになく痛みの来ない夜だった。早朝、「癌にやられているようだ」との話声あり。手加減してやれ、ということか、それとも単なる幻聴か。

(5月14日)

妻から「斜め向かいのAさんが屋敷を売って引き払った。4月からだ」との情報を得た。私との絡みではないかと思ってしまう。この間の私に対するデマ攻撃の始まりが、A家を根城としたK政党のたくらみだと思っていたからだ。

早朝の激しい痛みが、なにゆえか電波音波によるものではなく、内発的な病痛ではないかと思えた。珍しいことだ。病識が現れるのは、これまでは痛みがないときに限られていたからだ。ひょっとしたら本物の病識の現われかもしれない。そしてこれは新情報の効果かもしれない。

この間の判断の揺れは、幻覚か外部原因による真の痛みか、の二者択一としてあった。両極は中間項への統合など、厳に拒むものに思えた。今回の痛みの真ただ中における病識の現われは、この振り子現象にけりがついて幻覚の極へ収束する兆しかもしれない。「他者による加害」を否定する判断が、痛み主観と同時成立したからだ。被害妄想の自覚の出現だ。

(5月20日)

前回の「病識への期待」はもろくも半日で崩れ、頭痛が「やられ感」を伴って復活した。なんともはや…。

昨日のギターコンサート会場での出来事は記録すべきだろう。会場内ではスマートフォンは消しておくように指示されている。休憩時間になって、さほど強くない頭痛が来た。横を眺めると2メートルほど離れて女性がスマートフォンを操作していた。

この二つの因果関係は微妙で、必ずとはいかないが、頭痛の時に近辺を見るとスマートフォン操作者がいることが多かった。この蓋然的な相関関係には

2、3年前から気付いていた。

今思うに、軽い痛みはスマートフォンに、激痛はそれ以外の特殊な発振器によるものだ。後者が何であるのか、本当に存在するのか、確認できていない。この未決定状態に比べれば、スマートフォンの存在はずいぶんと気を穏やかにさせてくれる。一応は痛みと悪意を分離してくれるからだ。

(6月5日)

サインバルタを50ミリから40ミリに減らしただけで、さほどの条件変化がないにもかかわらず痛みゼロ状態が続いている。減薬のせいであればうれしいのだが…。

郵便局から帰ってきたとき、また例のチンピラ監視員の馬鹿話が耳に入った。「外国へ逃亡を企てている。云々…」。そう言えば昨日米ドルをかなりの量買ったが、関係あるかもしれない。それよりもチンピラ監視員の様子見を控える辛抱が1週間以上はもたないのであろう。11時ごろ激痛が2、3回あった。

(6月11日)

頭痛はほぼゼロがもう2週間も続いている。この間、被害感を伴う頭痛は2、3回だけだったと思う。サインバルタ減薬に慣れてきたのと炭酸リチウム200ミリの服用を再開したせいだと思う。この安定はひょっとしたら「頭痛からの解放」に至るのではないかと、かなり楽観的になってきた。

(6月17日)

前記から1週間だが、1、2度の予兆以外は平穏が続いている。しかもこの1週間はスマートフォン反応もなしだ。

(6月18日)

久しぶりに強い痛みが来た。かなりはっきりと被害感を伴っている。敵さんの辛抱が1週間程度なのか、それとも私の妄想構築の辛抱が1週間程度なのか、どちらにしても今は辛抱比べだ。それにしても、かつての耐え難かった痛みが確実に減っている。その原因が何であれ、私の外部刺激に対する過敏さが減ってきているようだ。問題の解決は、犯人捜しによってではなく、痛みの消滅によるのである以上、

いい傾向だというべきだろう。

7 幻覚としての痛みの解決とは何か：物語構築による飼いならし⁽⁵⁾

痛みの体験のほとんどが、むき出しの現実として、形相で二重化されていない質料の露呈⁽⁶⁾としてやってくる。意味づけられた痛みの多くは、被害としての痛みだ。それが苦痛である以上、原因が何であれ、「害」以外ではありえない。しかし少なくとも、正体不明の苦痛より不安は少ないのである。

この原因としての加害行為が他の人物に帰属する場合と自然に帰属する場合とを区別しよう。後者はそれ自体外部自然による災害と内部自然による病に分けられる。

他者による被害の場合も、外部自然による災害の場合も、痛みは何者か、何物かによってもたらされるものとして意味づけられている。その痛みは過ぎ去った苦痛として取り返しがつかないとはいえ、犯人を懲らしめることによって、あるいは防衛策を講じることによって、幾分か癒される。飼いならしといったのも同様に、苦痛原因を許容範囲になだめすかすことで、ある種の癒しを得ることである。

内部自然による病の場合どうか。痛みの体験が取り返しのつかないことは同じであるが、病のメカニズムを理解することである程度癒される。最善の場合は、痛みも病も、メカニズム理解に基づいた治療によって、消滅するのである。このメカニズム理解は、必ずしも科学的なものとは限らない。呪術的理論によるものであってもよいのであって、それはそれでかなりの治癒実績を上げているのである。

ともあれ、外部原因の特定による犯人捜しの意味づけも、治癒による犯人を問わない意味づけも共に癒しとしての価値を持つのである。悪霊による病気というメカニズム理解などは、限りなく、犯人捜しと原因探しとの区別をあいまいにしてしまうのであるが…。

ともあれ、法による懲罰が、問題解決ではないものの一種の仕返しとして心理的平衡をもたらすように、悪意の他者の原因行為の特定ができれば、痛みの解消ではなくとも被害者にとっての癒しになるのである。

もう一つの解決、つまり犯人捜しではなく痛みの

感受性を減じて被害そのものを消滅させようとする
ことは、問題の根本解消であるとはいえ、これまでの
頭痛がリアルな被害であったのかそれとも幻覚
だったのかという、あの切迫した難問に対する答え
を永久に断念することになる。体験及び意識経験の
内在的解明という意味では、進歩なしということに
なる。

被害妄想的物語構築の例

(6月25日)

数年にわたって悩んできた頭痛の解消と頭痛の原因
について、後者については一応の答えが出せたと思
う。

昨日と今日の痛みの起こったタイミングが、ギ
ターを弾きかけたとき、CDをかけた時とぴったり
だったのだ。むろん、これははるか以前から気付い
ていたことだが、ここ2、3か月はほぼ止んでいた
のである。「(音楽を)またはじめた」という語りに
続いた痛みが来たのだが、チンピラ監視員の統制が
また取れなくなったということか。

それにしてもこれだけの期間、チンピラだけで統
制がとれるわけがないから、やはり警察関係者が出
張っていると考えるのが自然だろう。それにしても、
警察関係者が電波音波で挑発しているのなら、
OがS県警本部へ出向いて、取り締まりを依頼した
時、係官が「警察は電波音波による被害は取り扱わ
ないことになっている」と答えたのは、よくできて
いるとしか言いようがない。内部犯行の露呈の予防
になっているのだ。

このような陰謀説的な理解が正しかろうと間違っ
ていようと、痛みの解消は脱感作的な方法以外には
ないだろう。薬の服用でこれができないのなら、他
のトレーニング法も考えねばなるまい。

(7月15日)

昨日も挑発行為によると思しき電撃痛が何度か
あったが、今朝のは特に明瞭だ。6時40分、ギ
ターを弾き始めるとスマホ的な痛みが来た。この録音
を再生すると激痛が来た。これは久しぶりだ。

現象学的記述は、普通はこのような妄想的な世界構

築を取り扱ってはいない。しかし、それと一般の世
界構築とが、材料となる物語の共同主観的な了解の
しやすさの違いに過ぎないとすれば、その了解可能
性を与えるものはなになのか、を解明する意味でも、
その記述分析は現象学的価値を持つと考えられる。

8 記述可能性の構造

8-1 内部観察と外部観察

ここで内部観察と呼ぶものは、ある観察対象の動
向と同じ世界内に観察者がいて、対象と相互作用を
なしつつ行う観察のことである。よく科学的観察は
対象に作用を及ぼしてはならない、などといわれ
るが、物理的相互作用であれ心理的相互作用であれ、
それをゼロにすることは同じ世界内に内属する以上、
不可能である。せいぜいのところ、自分の及ぼす影
響及ぼされる影響に、ある程度自覚的になるのが関
の山である。

科学が標榜する「客観的」認識なるものは、観察
者たる自分が対象の属する世界の外に立って初めて
十全になしうるが、それは外部観察である。対象と
ともに動きあいながらではなく、神の目の視点で観
察を行うのである。

人間の視点はいかにして神の視点に位置しうるの
か。人間存在が「世界内存在」であるといわれて久
しいのに、いまだにそんな夢想から離れられないの
か。

確かにそうなのだが、人間の特徴の二つに注目し
よう。一つは、現象に巻き込まれつつであるかもし
れないが、とにもかくにもそれを意識して対象化す
る能力、もう一つは、現象を意識化、対象化するに
とどまらずそれに命名することで、対象を永遠の相
の下に同定する能力である。

8-2 形象化と言語化

意識して対象化するとは、現象を表象で二重化し
て同定することである。図像表象は言葉の安定性
には比べるべくもないが、それでも同一状況を貫く程
度の安定性はある。これは人間その他の記憶力によ
るもので、対象を流転の相ではなく、持続の相の下
で捉えることが可能になるのである。

名付けて対象化する場合は、言葉は記憶力に比べ
て途方もなく長い持続性を持っているので、あたか

も現象を永遠の相の下で捉えたかのような感触を与えるのである。

現象学は世界内存在であることに自覚的でありつつ、それでも現象を真実の相の下に捉えようともがいてきた。果たして現象に巻き込まれている観察者は、対象を真実の相の下で認識できるのか。この問いは一見、アンチノミーのように思えるが、意識の力、言語の力を解明する中で答えに迫れるのではなからうか。

現象が言語で同定された場合、それは多くの同定されざるものを捨象してではあるが、対象を永続的な名のもとにもたらす、あるいは現象を不変の法則の下にもたらす。これが普通、(科)学と呼ばれているものの営みである。

問題は捨象された部分であるが、論理的言語以外の、たとえば美的な感受性に訴える言語表現や神秘的な感受性に訴える言語表現を練り上げることで、これをカバーできるであろうか。

この拡大領域がすべて言語でカバーできるとは考えにくい。美的なものは空間、時間の中で「(美しい) 形象」をなす。これは言語による命題形式の表現に還元することは不可能である。形象描写、図像描写の表現力をむしろ本質としているのである。

確かに命題表現で不変の相を、図像表現で持続の相を手中にすれば、この広義の意識は世界内の経験しうるすべての確かなものを捉えるだろう。しかしそこでとらえられるのは、持続するもの、永続するものであって、今まさに持続あるいは永続の相を取らんとしている「もの」以前のものではない。この世界に安定した「もの」が出現するのはいかにしてか。この問いに答えるのは、「意識が意識らしくなってくるのはいかにしてか」、という問いに答えることでもあろう。

意識が「何ものかの意識」となるには、現象学が指摘したように、意識の能作が「指向性」として析出する必要があり、その対象極が世界内でものとして定まってくる必要があるとされる。これは、意識構造とものの生成過程の中で垣間見せる持続、永続の相の言語表現である。幻覚としての頭痛の考察は、なんとか対象として同定しがたい体験を記述し、判断を加える中で、「幻覚が幻覚としてあるのはい

かにしてか」を解明せんとするものであった。

さて、形象がいかにして形象として析出するか、については例えばゲシュタルト心理学の「よい形」や「地と図の関係」の研究⁽⁷⁾などが、自然発生的とも呼ぶべき「ものと意識」の出現のさまを把握している。しかし幻覚の現象においては、少し様子が違う。常に判断が絡んでいる。命題表現なしにはとらえきれないのである。知覚の受動的綜合作用の範囲をはみ出しているのが、幻覚なのである。

適切な行為は「もの」「人」に応じて変わってくるが、これらの促しやヒントなしにはいかなる判断も成立せず、行為決定も不可能である。ものと人の立ち現われにうまく依存すること、相互依存関係の中にうまくはまり込むこと、これが肝要なのである。主体の判断とものと人の立ち現われとは並行して進行するのである。

この立ち現われにはすでに述べたように、描写形式が前面になるものと命題形式が前面になるものがあるが、ともに質料に重なる形相として、主観の側の能作と見なされてきた。命題形式は言語記号の恣意的体系を前提としているから、その文化依存性は明らかである。しかし描写形式においては、そのほとんどは半ば先天的に主観に対して自ずと立ち現れてくるのである。

さて、痛みにあってはもの(形象)は立ち現れない。その代り物語(命題)が立ち現れる。それはいわば質料を欠いた形相の促しである。では、痛みにおける質料とは何か。それは他者の悪意とか、病とか、ぶつかった石とかに起因するとする物語によって形を与えられる以前の、不定形の苦痛としか言いようがない。それがまともに露呈するのが、幻覚としての痛みである。

「幻覚としての痛み」とは、この物語が相互主観的に了解可能なものとして構築されそなった姿である。換言すれば、それは主体がそれに依拠しつつ自律していけるはずの「世界」の立ちあがり損ねた様なのである。この様態の記述分析は、一般現象学の営為が成立する基盤としての「世界の立ち上がり⁽⁸⁾」がいまだ定かならぬ姿を捉えるものとして、現象学の基礎研究の一端でありえよう。それはいわば形象形式の領域までも、命題形式で置き換えていく苦行である。私の世界(体験世界)の立ち上がりを我々の世界(経験世界)の立ち上がりへと転換す

る苦行である。

8-3 真実性と再現性

実在であるためには、すなわち幻覚でないためには、その意識対象が再現可能でなければならない。ここで再現ということをやより限定的に述べることにしよう。言いたいことは、当の主観において何度も再現するとしても他の主観において確認可能でなければ、再現とは呼ばないことにしようということだ。つまり、いつでも、誰でも確認可能でなければ、本物の再現ではないということである。

我々のテーマである頭痛の実在性、真実性に関して言うならば、本来の意味での頭痛は個人的現象であるから、他の主観において追体験されることはない。追体験されるのは、同類の、類似の、よく似た、同じ原因による、頭痛であって、その頭痛ではない。

そこで我々としては「同じ種類の原因による頭痛」を追体験で確認できたときのみを「再現」と呼ぶことにする。ここでは体験は経験となっている。つまり対象の実在性確認のためには、その原因の解明による種類の同定が必要だということであり、我々意識の場において(コミュニケーション場において)いかなる原因も同定できない時、その頭痛は幻覚だとされてしまうのである。これは一般に言われる「時間、空間において与えられる」ことよりも、ずっと判断可能性条件のほうに偏った真実性条件であるが、頭痛の真偽を問うためには不可欠のように思えるのである。

夢の中の対象は、視覚に与えられたとしても実在しない。薬物による夢幻状態の中での対象についても、同様である。夢も薬物摂取も反復再現できるのに、なにゆえ幻覚と同じ扱いなのか。いや、厳密には同じ扱いではない。夢は醒めるし、薬物も止めることはできる。この停止可能性こそが、再現可能性を保証しているのである。幻覚が病的であれば、この保証はない。

とすれば、我々はより強く次のように結論付けるべきだろう。すなわち、今ここの体験は、そのただなかにあっては全く主観的であって、幻覚と区別できない。区別できるようになるのは事後に、「あの体験は…であった」と過去化して対象化し、更には他者とのコミュニケーションの場に、「私は…の体

験をしたが、あなたはどうか」という風に話題に持ち込んで間主観的に対象化した時である。この時、幻覚の体験は幻覚の経験へと転換するのである。ここに至って、実在の経験と幻覚の経験は識別されるのである。この転換以前では、実在も幻覚もなく、流転する形象があるのみで、名づけによる永続的な対象はないのである。

このような体験と経験の区別は、フッサールやその他の現象学の用語法に厳密に沿っているわけではないが、それなりに合理的なものと考えている。

Oの症例で際立っていたのは、幻覚か実在かの判断の困難さであり、判断の不断の揺れであった。それは単純化して言えば、「私の体験」を「我々の経験」へと転換することの困難であった。日常生活においては、我々はこの転換をごく自然にやり遂げているのだが、これが可能なのは、意識構造が深部に至るまで対構造化されているからである。この対構造を獲得しているからこそ、社会生活を送りえているのである。

Oにあっては神経学的あるいは精神病理学的不調によって、この対構造が不安定化し、結果として、体験の経験化が難しくなっているのである。私の夢幻体験なのか他者の現実の攻撃なのか、判断がつかないのは、このように理解できるのである。

同時に忘れてはならないのは、我々が通常あたかも真実をアプリアリに認識できる神の視点で生活していると思込しているのは錯覚であって、内部観察しかできない人間存在として、他者との対構造を作り上げる中で、それに寄りかかってこそ真実(という思込なし)を認識しているにすぎないということである。アプリアリな真実など存在せず、「共に作り上げた真実」がかりうじて存在するのみである。幻覚としての頭痛の考察は、このことを確認する特権的ケーススタディでありえたと考える。⁽⁹⁾

注

- 1 H・エイ 1969, 1971『意識』(上)(下)みすず書房
 - 2 K・ゴルトシュタイン 1970『生体の機能』みすず書房
- M・メルロ=ポンティ 1967『知覚の現象学1』

みすず書房

- 3 T・J・シェフ 1979『狂気の烙印』誠信書房
- 4 D・クーパー 1974『反精神医学』岩崎学術出版社
- 5 拙著 2004『自律の復権』ミネルヴァ書房 188頁
- 6 アリストテレスのよく知られた質料と形相の対概念を、J・ラカンの現実界と象徴界の概念に引き付けて用いている。
- 7 P・ギョーム 1952『ゲシュタルト心理学』岩波書店
- 8 拙著 2011『自律者の育成は可能か—世界の立ち上がりの理論—』ミネルヴァ書房 208頁
E・フッサール 1997 は『受動的綜合の分析』国文社 232頁において、「受動性の能作との中で最も低層な段階であるヒュレー的受動性の能作は、自我に対して常に前所与的な、ないしそれ以上の所与的な対象性の野を形成するものである。構成されるものはそもそも、自我に対して構成されているのであり、最終的には完全に現実的な周囲世界が構成されているのであり、そこに自我が住み着き、作用を及ぼし、逆にそこから動機づけられている」と述べている。
このフッサールの言明は、世界が自ずと立ち上がり、自我を根底において動機づけることを述べている。私はこの世界の立ち上がりのメカニズムを、心理学的に、知識、情報の蓄積と圧縮による構造化として、拡張して示した。
- 9 こんな考察なら「Oは統合失調症だ」と診断すれば一件落着だ、と思われた向きも多かろう。しかし、幻覚妄想体験を異世界存在のあかしだとしてコミュニケーション不可能と断定するこのような診断は我々のとるところではない。診断することが患者との相互理解の試みの放棄を正当化するだけなら、何のための精神医学か。診断する側とされる側とは、真と偽の関係ではなく、支配する側とされる側の関係でもない。ありていに言えば、もっともらしく見える多数派と見えない少数派の関係に過ぎない。真実は両者の相互理解を目指した解釈の遂行の中でしか現れない、というのが我々の考えである。