

## 妄想の不合理性と症状らしさ

榊原英輔 (Eisuke Sakakibara)

東京大学・大学院医学系研究科

妄想は一般に「訂正不能な偽なる信念」と理解されているが、その著しい不合理性ゆえに、妄想は信念ではないのではないかという疑問が付されてきた。これに対し、Bortolottiなどの幾人かの論者が、妄想は信念の一種であるとする「妄想のドクサ説」を擁護している。妄想が信念であるかどうかをめぐる近年の論争は、Bortolotti が認識的合理性、手続的合理性、行為者の合理性の三つに整理した信念の合理性の規範に、妄想がどれほど**適合する(conform)**かという論点を中心に展開されてきた。

一方、精神医学的实践においては、上記とは全く異なる理由で妄想を信念とみなさないことがある。妄想の多くは、精神疾患の症状と考えられてきた。一般に、病気の症状に対して本人は責任を負わず、自身の信念に対して本人は責任を負うのだとすると、妄想が病気の症状であるならば、それは信念ではないことが帰結する。たとえば、患者が精神疾患に由来する妄想を持つとき、私たちは妄想に基づく治療の拒否を受け入れず、患者に対し非自発入院や非自発的治療を行うことが正当化される場合があると考ええる。また、妄想に基づく発語内行為は、一般に有効なものとはみなされないだろう。さらに、妄想に基づく違法行為は、誤想防衛のような錯誤に基づく違法行為とは対照的に、責任を問われないのである。これらの処遇の違いは、妄想に対し信念の合理性の規範を**適用する(apply)**ことを、我々が差し控えていることの反映である。

妄想を「病的」たらしめているのは、その不合理性の著しさではなく、それが病気の症状であることである。妄想が病気を原因としているかどうかの判断は、妄想自体の性質よりは、むしろ妄想の「症状らしさ」を高める付帯的情報に基づいている。妄想と関連があることが知られている脳の器質的異常の存在や、他の症状の併存、社会生活機能の低下などは、そのような付帯的情報の例である。Jaspers が提案した、発生的了解(*genetisches Verstehen*)の不可能性も、そのような判断材料の一つと位置づけることができる。あることが発生的了解可能かどうかと、あることが合理的かどうかということは別のものである。合理性は、発生的了解の可能性にとって十分条件ではあるが、必要条件ではない。心的状態は、その通時的変遷が正常な心的生活の中で起こりうるものであるとき、発生的に了解可能である。意志が弱いこと、不整合であること、視野狭窄に陥ること、自己欺瞞的であることは「人の常」であり、我々はそのような不合理性を自分にも生じうるものとして共感することができるのである。ある心的状態が了解不可能であるということは、背景に何らかの病気が隠れている徴候である。なぜならそれは、日常の心的生活を下支えする神経機構に機能不全が生じていることを示唆するからである。私たちはある心的状態を発生的

に了解できる限りで、それに合理性の規範を適用し、不合理性を帰属させることができるのである。

精神科医は上記の情報に基づいて精神疾患を診断する。これは時に**病理化 (pathologization)**と呼ばれる、臨床的な決定である。病理化は患者を人間社会から疎外するものであると批判されることがある。しかし妄想を病気の症状であるとする部分的な病理化は、患者の問題のある部分を取り分けて度外視し、患者に残された健全な部分が力を発揮できるようにするためのものであると考えるべきである。部分的な病理化は、妄想を合理性にもとづく評価の対象から控除することで患者の不合理性を減少させるという点では、寛容の原理に合致しているとさえいえるだろう。

妄想のドクサ説の擁護者は、日常の不合理な信念と病的な妄想の間の連続性を強調してきたが、ここでは不合理な信念に対する日常実践と、病的な妄想に対する精神医学的実践が対極的であることに着目したい。すなわち、日常実践では、合理性の規範に完全には適合しない心的状態に対し合理性の規範を適用するのに対し、精神医学的実践においては、妄想が合理性の規範に部分的に適合したとしても、それに合理性の規範を適用しないのである。精神医療的実践が否定しているのは、妄想を信念であると仮定すれば、妄想が信念の合理性の規範に適合する程度に応じて、その所持者の**行動を説明し、行動の予測を立てることが可能となる**という事実ではない。精神医療実践が否定するのは、病的な妄想を持つ患者を、同じ内容の信念を持つ人として**処遇し、評価すること**である。ここに至って、ドクサ説の擁護者は、日常の不合理な信念と病的な妄想は、その不合理性の点では五十歩百歩なのだから、病的な妄想に対しても、私たちが日常の不合理な信念に対して取るのと同じ態度を取るべきだと主張するかもしれない。しかしこの主張は的外れである。というのも、日常実践と精神医療的実践のこのような差異の根拠となっているのは、病的な妄想が日常の不合理な信念と比べて不合理性が著しいことではなく、前者の方が後者と比べてより症状らしいことだからである。