

近代の狂気と精神病院権力

——フーコーの精神医学批判（1）——

佐々木 滋子

一、精神医学の権力

フーコーの一九七三年度・七四年度のコレージュ・ド・フランスでの講義は、精神医学の権力の分析に中心を置いていた。七三年度の講義《精神医学の権力》⁽¹⁾（一九七三年一月七日から一九七四年二月六日まで）は、精神病院内部での医師と患者の力関係を取り上げて、主として、治療装置としての精神医学の権力を分析している。これに対して、翌七四年度の講義《異常者たち》⁽²⁾（一九七五年一月八日から三月一九日まで）は、今日精神医学の主要な対象となっている《異常者》Ⅱ《危険な個人》の歴史的形成を、その三つの祖先である《怪物》、《矯正不能者》.. *les incorrigibles*、そして《自慰する子供》に遡って辿り直しながら（とは言え、《矯正不能者》に関しては実際

にはほとんど言及されなかった)、精神病院の外で、精神疾患の《医学》としてよりはむしろ、公衆衛生の《科学的技術》として、司法・行政・家族に食い込んでいく精神医学の権力の構成を明らかにしている。したがって、それぞれ、精神病院の壁の内と外で展開される精神医学の権力を扱うこの二年間の講義には、フーコーの思考の展開において、次のような二重の位置付けを与えることができる。まずこれらの講義は、フーコー自身が七三年度の講義で語っているように、「昔『狂気の歴史』においてやった仕事の到達点、あるいはともかく中断点⁽³⁾」に書き込まれている。と言うのも、この二つの講義は、『狂気の歴史』が筆を擱いたまさにその点——一九世紀初頭の精神医学の誕生——から、論を起しているからである。だが、講義は単に『狂気の歴史』の続編なのではない。根本的に異なる分析が志向されているからだ。実際、『ピンスワンガー』、『夢と実存』の序文⁽⁴⁾（一九五四年）から『精神疾患と人格』（一九五四年、六二年に加筆訂正されて『精神疾患と心理学』になる）を経て、『狂気の歴史』（一九六一年）に至る初期の著作が、主として、「病理的経験のもつ真実への到達を許さない思考様式に隷属⁽⁴⁾」し、「精神の病理学の真の条件を診断学的抽象化によって隠蔽⁽⁵⁾」している精神医学的知の《いかがわしさ》を、また「収監の空間に疎外される」ものを、一気に適切な収監形式を求める精神異常^{アノマリー}「『精神的疎外^{アノマリー}』」にしてしまうこの転回^{トウエル}によって、一つの同じ動きで、狂人を《構成された客観性の諸形式》に疎外し、かつ、狂気を精神疾患と見做すことを可能にした⁽⁶⁾《精神医学》なるものの力^{トウエル・アンド・フォース}。業を、批判することに力点を置いていたのに対して、この二年間の講義は、「精神医学の実践において展開されているこれらの権力関係ならびに対決の戦略⁽⁷⁾」の分析へと、力点を移動させているのである。この新たな着眼点もたらした広い射程に注目しなければならない。実際、これ以降フーコーは、精神医学を固有の対象として語ることはもはやしなくなる。精神医学の《知》を告発する初期の著作には欠けていた、精神医学の《権力》の告発をもって、精神医学に関するフーコーの批判的研究は完成する、と考えてよい。だが、この二年間の講義で追求され

た精神医学の権力の批判的分析は、次いで『監獄の誕生』（一九七五年）における規律権力の、また『性の歴史』第一巻『知への意志』（一九七五年）における生—権力の分析だけではなく、『*Dis et Ecris*』に収められた様々な対談・寄稿で語られ、また七五年度以降の講義で連続して展開された、規律化・規範化と人口の統治という近代権力の二つの分力をめぐるさまざまな角度からの分析へと広がって行く。こうして、家庭や学校や寄宿舎で青少年を、工場で労働者を、監獄で囚人を、病院や精神病院で患者を、兵営で兵士を、社会内で個々人を、国家の中で人口を、監視し、規律化と規範化の網の目に従わせて、特定の経済的目的性に適う有用な身体へと加工しながら、だが他方では同時にその安全と安寧を保証し、欲望を刺激しつつ導く権力の同形性が決り出される。七三―七四年度の講義から、近代的権力のこのイズトピー⁽⁸⁾を多角的に分析する作業が開始されるのである。

この二つの講義の内、ここでは主として七三年度の講義を取り上げて、精神医学の知と権力の問題に関するフーコーの精緻な分析を読み解いて行きたい。

二、『狂気』を何と呼ぶか——近代の『狂気』意識

『狂気の歴史』を貫く大きな問いの一つは、こういうものである。『西洋の歴史上のある時期に——それが近代なのだ——、狂気は精神疾患と見做され、治療の対象になった、それと同時に狂人は、彼等を治療するための、と言われる特別な施設に隔離—収監されることになった、それはなぜなのか。』このように問うことが正当なのは、西洋の歴史が『狂気』を一貫して同一のものとしては経験してこなかったからである。古代ギリシャの《人間のヒュブリス》としての狂気にまでは遡らないで、『狂気の歴史』は、ルネッサンス、古典主義、近代の三つの時代が経験した

《狂気》を、それを知覚する四つの意識様態のパラディグム——狂気を理性に対する無媒介的に可逆的な対立として告発する批判的——危機的意識・狂人を社会的規範の侵害者として指示する実践的意識（だが、実際にはこの意識の個々の現れには太古的な祓魔の儀礼の再活性化がある）・理性的主体が、自分は狂人ではないという堅固な自覚に基づいて、可感的に現前した狂人を指さす時の言表行為的意識・理論的理性が狂気のような種とメカニズムを客観性の表面に書き込む時の分析的意識¹⁰——を通して、比較的に考察している。フレデリック・グロによるその簡明な図式化を、若干の敷衍を加えつつ、眺めて見よう。

——ルネッサンス。狂気に関する悲劇的な「ニーチエの意味で、つまりディオニューソス的な」意識の炸裂（「理性と狂気は」まだ分割される以前にあって、想像的なものの諸形式を借りつつ、劇的な「言い換えれば弁証法的な、だから互いに否定しあい、乗り越えあう」論争を繰り広げている「実際狂気は、狂気かもしれないが、また通常の理性には計り知れない深遠な宇宙的真実の啓示かもしれないのだ」、だがやがて、批判的——危機的意識がそれを消去して、排除の構造を設置させることになる。融合的な [fusionnel] 意味での、「理性—狂気」分有 [partage] の時期（弁証法の限界）。

——古典主義時代（一七——一八世紀）。批判的——危機的意識（狂人を他者として理解する）に依拠し、またそれと平行して、分析的意識と釣り合いを保つ言表行為的意識に依拠する、実践的意識の設置（狂人の収監）（「ルネッサンス期の、理性と狂気の悲劇的で弁証法的な」論争の忘却に基づいて、「理性／狂気という」排除的分割が設置される）「狂人は純然たる他者・異人である、デカルトは言うだろう、《だが、あの者たちは狂人である》と」。

——近代（一九——二〇世紀）。分析的意識は、自分だけが狂気の全面的真実を与えることができると自称する

〔理性／狂気の〕分割自体が忘却されている〕「狂気はもはや他者ですらない、実証的精神医学の科学的な眼差しに余す所なく捉えられた、純粋な客体でしかない」⁽¹⁾。

見るように、西洋の狂気の歴史が記しているのは、『狂気』に関する認識の進歩ではない、単に『狂気』を経験し知覚する意識のパラディグムが変形しているだけである。確かに、この変形にはある定向性が認められるように思えるかもしれない。『狂気』は、時代を追うごとに徐々に『理性』から分割されて、理性の他者の、次いで純粋な客体の位置に追いやられている、『狂気』がこうして対象化されるプロセスは同時に、『狂気』を認識する理性的主体が成立していくプロセスでもある、そして、この二重のプロセスの末に、一八世紀末―一九世紀初頭に至って、『狂気』の近代的な分析的意識としての実証的精神医学が出現し、他の狂気意識の諸様態に対し、『知っている』者として狂気理解における覇権を宣言して、『狂気』を一手に引き上げるに至った、とひとまずは言うことができるように見える。だがそれでも、精神医学の出現がルネサンスから近代に至る『狂気』の歴史の必然的到達点だった、こうして誕生した精神医学によって、ついに肯定的―実証的な知において『狂気』の真実は明らかにされた、ということにはならない。なぜなら、一方では、この二重のプロセスは、一定の定向性を示しつつも、連続的・必然的なものとしてではなく、見るように内部に断絶と変形を含みつつ成立しているからであり、また他方では、これらの断絶と変形は、その時々より大きな歴史的（社会的・政治的・経済的）条件に規定されて生み出されているからである。したがって、近代の始まりに、『狂気』が専ら実証的精神医学において思考され始めたという事実に見なければならないのは、連続的な歴史の必然的到達点ではなく、むしろ、近代という時代に固有な『狂気』意識の形態の出現である。言い換えれば、精神医学が自称する『狂気の実証的・客観的・科学的真実』は、近代に固有の狂気意識が暗黙の内に求めて

いるものに対する解答に他ならない。したがって、『狂気の歴史』が提出している上記の問いは、次のように再定式化することができる、『狂気を精神疾患と見做すことによって、近代の狂気意識が暗黙の裡に求めていたものとは何か。』

一八世紀末に、監禁は大きなスキャンダルになる。物乞いや売春以外に生計の道がなかったために、無分別や放蕩や浪費のために、身持ちが悪かったために、破産したために、不信心や冒瀆的言辞のために、あるいは犯罪のために、収監された人々が、躁暴な狂人とごちゃ混ぜの雑居を強いられている監禁の恥さらしな現状は、専制政治の悪を象徴するものとして、人々の憤りを呼ぶようになる。だがそれ以上に、監禁は経済的にも非難^{スキャンダル}的となる。考えてもみればいい、監禁されている人々の大部分は、監禁を解きさえすれば、安価な労働力の供給源となり、したがって、生産原価を引き下げ、生産と商業の発展を、国力の増大を約束する潜在的な富である、だのに監禁は、彼等を国の施設に住まわせ、無為の生活を送らせ、あまつさえ国の費用で養っているのだ、「理屈に合った唯一の解決策はこうだ、全人口を生産の循環の中に置き直して、労働力がもっとも不足している箇所⁽¹²⁾に人口を配分するのである。あらゆる種類の亡命者・移住者も含めて、貧乏人・浮浪者を活用することが、諸国間の競争において豊かさを得る秘訣の一つである。」こうして、監禁施設は開放される。人々は出て行く。だが、それでも解放されなかった人々がいる、犯罪者と狂人である。彼らが残されたのは、労働力として役立たないからではない、危険だからである。とは言え、狂人は悩みの種となる。なぜなら、危険であるにしても、彼らの状態は、彼等自身には責任がないという点で、犯罪者とは違っているからだ。ここに、ヒポクラテス以来常に存在していた、だが決していかなる時代にも狂気経験の主流にはならなかった、疾患としての狂気、看護の対象としての狂気という考え方が新たな照明を浴びることになる。革命期、狂人の処遇の問題は、監禁か救済か(狂人は、犯罪者と同样に取り扱うべきなのか、病人と同样に取り扱うべきなの

か」という二つの極端の間で揺れ続ける。社会全体が、「何とかして狂気を定義しようと困難な手探り」を始める。「全面的に構造化され直した社会空間の内部に、狂気は新たに一つの位置を見出さねばならない」⁽¹³⁾のだ。危険と疾患、恐怖と憐憫、監禁すべき狂気と治療すべき狂気という両極端の間の揺れは、結局、壁の中での救済、つまり（狂人から社会を護る）排除機能と（疾患から狂人を護る）医学機能とを兼ね備えた、新たな監禁空間の設置という折衷的形式を見出す。だが、この新たな監禁の形式が、折衷的であることを止めて、真に新しい形式になるのは、監禁に肯定的で能動的な新たな治療上の意味が与えられた時、すなわち「収監が本質的な医療行為となり、「狂人」排除の否定的なしぐさが、まさにその排除するという意味だけで、排除のもつ内在的な力によって、治療の肯定的な世界へと開かれる」⁽¹⁴⁾時である。精神病院が誕生する。「狂人を疎外^{アリエ}する方法は、忘れられて、今度は精神異常^{アリエナシヨ}の本質となつて現れる」⁽¹⁵⁾。《狂気》は、精神疾患となった。

（監禁施設から精神病院へ、狂気から精神疾患へという）この根本的な変化が生み出されたのは、誤ってはならないが、「医学が徐々に導入されたからではない」「……」この空間が内的に再構造化されたからである。収監の社会的意味が次第に変質し、抑圧の政治的批判と貧民援助の経済的批判がなされ、狂気が収監の全領域を独占するようになった「……」、こうしたことのすべてが収監を狂気にとって二重に特権的な場、つまり狂気の真実の場にして狂気が廃棄される場にしたのである。⁽¹⁶⁾言い換えれば、狂気を客体として眺め、その真実の姿を露呈させると共にそれを制圧するための空間が、できあがったということだ。そして、このような空間が新たに成立したので、初めて、精神医学のようなものが可能になったのである。「収監の空間にこうして全く新たな諸価値が、また収監がそれまで知らなかった新たな動き全体が、住み着いたとき、その時にのみ、医学は精神病院を所有することができるようになるし、狂気のあらゆる経験を自分の下に引き戻すことができるようになる。収監の扉をこじ開けたのは、医学的思考ではな

い。今日、医師が精神病院を支配しているとしても、それは、彼らの生き生きした博愛の力や科学的客観性の配慮に帰せられる征服の権利のためではない。収監それ自体が、徐々に治療的価値を帯びたからである。⁽¹⁷⁾

狂気が精神疾患となり、監禁施設が精神病院となることは、時代の経済的欲求に答えている。疾患は治癒しうるし、病院は、たとえ患者が貧しいためにその諸費用を行政が負担しなければならぬとしても、一昔前の施療院のように死体にならない限り出て来られない場所ではないからだ。したがって、元は取れる。治癒すること、退院を許可されることが何を意味していたかは、エスキロールの言からも明らかである。治癒とは、「道德感情がその正当な限界内に戻り、友人や子供たちに再会したいという気持ちになり、感受性の涙が流れ、心を打ち明け、家族の中に戻って昔の習慣を取り戻したいという欲求が生まれる」⁽¹⁹⁾こと——要するに、規則的で規範的な行動と感情の動きが身に付くことである。言い換えれば、再び労働力市場に参入できることである。⁽²⁰⁾ 狂人を取り巻く状況のこうした変化に、当時の狂気意識が、社会防衛の手段と同時に、文明の発展・科学の進歩・人類愛の発露を見ていたことは確実である。「各県が、精神病者の受け入れと看護を専門とする公立の施設を持つか、あるいはこの目的で当該県もしくは他県の公立ないし私立の施設と契約を結ぶ」⁽²¹⁾ことを義務付けている一八三八年六月三〇日法の註釈者は、その根拠を以下のように解説している——「精神病者の隔離は、公的保安措置であると同時に治癒の手段である。社会は精神病院を創設して、この二重の目的の達成を任務としなければならない。この不幸な人々が、その哀れな状況が必要とするあらゆる手当てを受けないなら、この目的は決して満たされはしないだろう」。そこでは、精神病院の必要性は、文明論と人類愛の観点から、まず否定的に論証されている——「目下の文明の状態では、矯正と抑止の施設はもはや精神病者を受け入れるべきではない。彼等が犯罪者と同一視され、より長期に亘って、どこかの場所で、犯罪者の状況の厳しさを分ち合うことはありえない。」だがまた、身体的疾患を扱う一般の病院もまた、精神病者を受け入れるには適して

いない。第一に、「あらゆる人間の悲惨に対して開かれている救済院」は、精神病者に必要とされるもの（「空間・労働・多くの看護人」、「彼らの状態に適合した特別な分類」）を与えることができない。そればかりか、「精神病者はここでは他の病人にとって不都合」である、つまり、狂人と雑居させられることは、他の病人にとって侮辱でもあれば、危険でもあるわけだ。したがって、そこでは「彼等を余りにも閉じ込めてしまいがちにしなければならない。そればかりか、彼らに割り当てられた少数の看護人は、この処置を正当化するように見えるが、経験は、鎖と監禁以上に彼等を興奮させ、一層その復讐の情念を煽るものはないことを証明している。」（ここで註釈者は、ビセートルの躁暴な狂人を鎖から解放することによって治癒させ、こうして精神医学の扉を開いたピネルの人類愛に満ちた行動に思いを馳せる。）次いで、精神病院の必要性の肯定的根拠が述べられる——「専門の救済院は、多くのスタッフや規律によって、反対にそれだけで、有益な恐怖を吹き込む。力と抑圧を手段とすることは、そこではめったに必要なとはならない。しっかりと機敏な手によって賢明に配分される軽い刑罰と褒賞は、そこではもっとも幸福な成果を産み出す。」したがって、古い監禁空間の可視的で身体的な暴力（鎖と監禁、力と抑圧）は、**ほぼ**、廃止される（「めったに必要なとはならない」）。代わって現れるのが、「規律」、「刑罰と褒賞」、それを配分する「多くのスタッフ」つまりは監視人や看護士そして、こうしたものにさらされた精神病者の内面に生み出される「有益な恐怖」である。だから、監禁の本質（力による狂気の制圧と隷属化）は、不可視的になった分だけより巧妙に、心的なレヴェルで行使され、押し付けられている。古い監禁空間で、鎖に繋がれ、躁暴の発作に身を委ねる狂人は、《狂気》に逃亡し、治癒しないことによって、監禁空間の内部で、監禁から自由であることができたが、今や、「専門の救済院」に隔離され、看護スタッフの監視の眼差しにさらされ、刑罰と褒賞のシステムの中に置かれた精神病者は、内面の恐怖によって、狂気から規律へと強制的に連れ戻されるのだ——「もっとも幸福な成果」。

だがそれは、現実には、医師と患者のいかなる力関係によって生み出されていたのか。

三、《お前は王ではない》——ジョージ三世とデュプレ氏

精神病院の空間は秩序の空間である。そこでは、「時間や活動や所作の恒常的で恒久的な調整というまったく単純な意味での秩序が単に支配している。身体を取り囲み、侵入し、加工し、身体の表面に適用されるがまた、神経や「……」《脳の柔らかな繊維》と呼ばれていたものにまで刻印される秩序。したがって、この秩序にとって身体は貫通すべき表面、加工すべき厚みでしかない、「……」身体はこうして秩序に寄生され、貫通⁽²³⁾されている。」

秩序は二つの理由から必要である。第一に精神医学の知を構成するために、というのもこの知の有効性の指標となる客観性は、「時間と空間と個々人のある配分」によってしか保証されないからだ。秩序が「正確な観察」を可能にしているのである。第二に、秩序は、「恒久的な治癒の条件」だからである。治癒は、秩序からしか生み出されない。したがって、「医学的認識の客観性の条件と、治療的操作の条件とは、同一である。」秩序が、客観的認識と治療とを支えている。

だが、この秩序は、「現実にはある非対称に端から端まで貫かれ」ている。言うまでもなく、圧倒的に優越しているのは、この秩序自体を生み出している《医学的審級》である。とは言え、この審級を占めているのは、一人医師だけではない。確かに医師はこの審級の頂点に、中心にいるが、「医師の周囲には、一連の中継全体がある」。まず監視人、彼らの機能は、「病人に関する情報を与えること」、「……」知を持つ眼差、つまり精神医学者自身の客観的眼差しがそれを通して行使される一種の視覚的回路となること」である。彼らは、「その言説・眼差し・観察・報告によっ

て医学的知の構成を可能にするべき者」である。だがまた監視人の眼差しは、医学的審級の末端にいる病院の従業員にも注がれる。この従業員だが、彼らの機能は、入院患者の様々な要求に応え、その世話をするものであるが、また世話をするふりをしながら、患者の行動を背後から観察し、必要なことを監視人に報告すること、そして、患者の要求が実行されてはならないものである時には、規則や医師の意志に基づいてそれを拒絶することである。したがって、医学的審級は階層的に配置された権力システムとして構造化されている。そこでは「さまざまな個人が特定の位置取りを占め、明確ないくつかの機能を保証している」、言い換えれば、それぞれある量の権力が「散逸・中継・網の目・相互的支持・ポテンシャルの差異・ずれ、等々」に従って、戦術的に配置されているのである。だが、なぜこのような配置が必要なのか。実を言うと、この配置を生み出しているのは、誕生したばかりの精神医学が見ていた《狂気》の新たな相貌だった。

《お前は王ではない》という命題が、「……」この種の原―精神医学の中心にあるように思える。だからその時、自分を王だと思っている狂人が問題になっているデカルトのテクストを参照すると、デカルトが狂気について挙げている二つの例は、《自分を王だと思ふ》ことか、《ガラスの身体を持っている》ことであるのに気付く。それは「……」これらが、感覚のもっとも基本的な所与に直接的に矛盾する、絶対に等価な二つの錯誤のタイプだったからだ。《自分を王だと思ふ》、《ガラスの身体を持っていると思ふ》、これはただ単に、錯誤としての狂気の特徴であった。

これからは、《自分を王だと思ふ》ことが、この原―精神医学の実践においては、したがってそこから始まって枝分かれすることになる真実の言説すべてにとっては、狂気の真の秘密であるように思われる。「……」当時の精

神医学者にとっては、こうしてこの信憑を押し付け、あらゆる証拠に信憑を対立させ、医学的知に対してさえ信憑を楯にとって反駁し、医師に、最後には病院全体に、信憑を押しつけようとし、こうしていかなる別形式の確信や知にも信憑を楯にとって反駁するという事実、それが自分を王だと思ふ一つのやり方なのである。「……」この確信を周囲の人々すべてに一種の専制として押しつけようとする事、これが結局、『自分を王だと思ふ』ことなのである。そしてこの点で、いかなる狂気も、自分は世界の王であるという事実に根を下ろした一種の信憑なのである。⁽²⁴⁾

言い換えれば、一八世紀末まで、『狂気』は、錯誤のレヴェルに位置していた。『自分を王だと思ふ』者は、錯誤に陥り、妄想に冒されているので、狂人だった。だが一九世紀の精神医学にとっては、もはや『自分は王である』と言うことは、錯誤なので、『狂気』なのではない、あくまでも『自分は王である』と言い張ってやまない、強情で頑なな意志がそこにあること、それが『狂気』なのである。だからこそ、精神病院の医学的審級は、特定の戦術的配置に従う権力システムとして構造化されねばならなかった。精神医学の権力は、『狂気』のこの制御できない力、頑なな意志を、圧倒し、屈服させ、従属させ、制圧するために不可欠だった。この意志に対して、『お前は王ではない』と反論し、この反論を認めさせ、最終的に『私は王ではない』と言わせなければならない。その時にしか、治癒は可能とはならないからである。したがって、精神病院のあの「非対称的な」秩序とは、『狂気』の力と精神医学の権力という二つの力の、狂人の意志と医学的審級の意志という二つの意志の対決・戦い、そして後者の勝利と前者の従順とを導き出すための戦術的装置である。厳格な秩序の裏側で、実際には、苛烈な戦闘が展開されている。

この戦闘の、言わば原型と呼べるものがある。

一七八八年、発狂したイギリス王ジョージ三世は、人里離れた城館の一室に幽閉された。彼の治療を担当したウィリスは王に、「もはや主権者ではないのだから、大人しく言うことを聞くように」と言い渡す。小姓上がりの屈強な若者一名が、彼の身の回りの世話をした。ある時、錯乱に陥った彼は、訪問客にゴミと汚物を投げつけて暴れる。すぐさま、若者の一人が「ものも言わずに部屋に入ってくると、自身もむかつくような不潔な状態になっている錯乱者のベルトを掴んで力任せにマットレスの山の上に仰向けにし、服を脱がせ、スポンジで体を洗って、服を着替えさせ、傲慢に彼を睨むと、すぐに出てい」った。⁽²⁶⁾

ここでは、医学的審級は、その末端においてしか現れていない。主治医であるウィリスは、姿を見せてさえいないからである。だが、ウィリスの意を体した召使たちがいる。それだけで充分なのであって、それ自体では不在な医師の医学的権力は、彼らを通して、狂人の身体に十全に行使されている。糞便まみれの狂王は、マットレスの上に転がされ、裸にされ、洗浄され、清潔な衣服をまた纏わされるからだ。だが、見逃してはならないのだが、医学的権力はいかなる抵抗にも出会わないわけではない。狂気に陥り、もはやいかなる権力も行使できない元王は、主権者の位置から自己の身体以外には何も持たない人々の位置に下落させられているのだが、それでもゴミと汚物というこの人々の唯一の武器である物を使って、自分に行使される医学的権力に反抗し、抵抗しているからである。したがって、この場面は明らかに、医学的権力と《狂気》との間の力の対決を、また、医学的権力による《狂気》の制圧を、上演している。そして、そこでもっとも雄弁なのは、召使が出ていきしなにかつて王だったものを「傲慢に睨み付ける」その無言の一瞥である。侮蔑に満ちた傲慢なこの一瞥はまさしくこう語っているからだ、「お前は王ではない」。確かにこれは、一時的な勝利である。だが、こうした抵抗と制圧の弛みない繰り返し、狂った王の身体に徐々に医学的権力を刷り込んでいくのである。実際、ジョージ三世の《狂気》はこの数ヶ月後、寛解する。だが、その後二度（一八

○一年と一八一〇年、彼の《狂気》は再発し、晩年の九年三ヶ月を彼は《狂気》の内で過ごす。戦闘は終わらなかったのだ。

まだ精神病院が誕生する以前に生み出されたこの場面は、だが決して特異で一回的なものではない。たとえば、ルーレが⁽²⁷⁾一八四〇年に公刊した『狂気のモラル・セラピー』で報告しているデュプレ氏なる患者の症例には、まったく同じ場面が、より精緻な権力機構の下で再現されているのを見ることが⁽²⁸⁾できる。

まずシャラントン、次いでルーアンのサン・ヨンに入所し、最終的にビセートルのルーレの下に送り込まれてきたデュプレ氏は、一五年間狂人であったが、地上でもっとも高貴にして特別な種族アルシオンの長であり、「同時にナポレオンにしてドラヴィーニュ、ピカール、オドリヤン、デトゥーシユ、ベルナルダン・ド・サン・ピエールである」と自称していた。アルシオン人である彼は、愛の快楽を味わう能力に卓越しており、この能力を過度に享受した結果、慢性疾患状態に陥ったので、その治療のために、相談役によってサン・ムールの城館（シャラントン）から、サン・ヨンに、そしてここ（ビセートル）に送られたのである。ビセートルから見えるパリの街は、デュプレ氏によればパリではなく、彼を騙すために本物そっくりに作られたラングル人の街である。この病院では、彼だけが男性で、他はすべて、よくできた仮面を付け、偽髭を蓄えた女性ばかりであり、彼の主治医は彼のかつての料理女である。彼は新聞を読まない、彼、ナポレオンのことを話題にしていない新聞は偽物だからである。彼は金銭を軽蔑している。彼が鑄造命令を出した覚えのない貨幣は、贋金に決まっているからである。したがって、彼は労働もしない、贋金を掴まされるだけだからだ。

ルーレは彼をどのように治療したか。

ルーレの治療は、「精神疾患の病因論にであれ、神経システムの生理学にであれ、さらには、一般的に、狂気の心

理学にであれ」いかなる学知にも基づいてはいなかった。彼自身が、「直接、患者の知性と情念に働きかけるあらゆる手段の合理的利用」⁽²⁹⁾と定義している《モラル・セラピー》は単に幾つかの力関係の操作からなっている。

一、力を不均衡にする操作、つまり、力の傾きを生み出し、「傾きの頂点には医師が、傾きの下側には患者がいる」ような状況を、できる限り早く作り出すことである。最初の出会いから、ルーレはデュブレ氏に対し、厳しく居丈高な態度を取る、「私は彼の言動に満足していないふりをした、彼の怠惰・虚栄・嘘偽りを非難し、私の前では起立して隠し事をしないよう要請した」。

二、この操作を貫いているのは、異質な意志の原則、つまり患者の意志を《異質な意志》(医師の意志)で代置するという原則である。そこには二つの目標がある。第一に、「治療に必要な従順さの状態を確立する」こと、なぜなら「患者は医師が彼に行う処方を受け入れねばならない」のだから。だが第二に、それ以上に重要なのは、「狂気に存在する全能の肯定を損なう」ことである。「狂気の全能」は、単にデュブレ氏の場合のように誇大妄想として現われるだけではない、いかなる妄想であれ、そこに固執して、あらゆる議論・推論・証拠を拒絶すること自体が「全能のある種の肯定である」。「妄想しているという事実によって妄想の中で自己の全能を行使すること、これが一切の狂気の特徴である。」したがって、「上位の力を与えられた、より頑健な、別の意志の明示によって、狂気の全能を損ない、縮減しなければならない」。《私は王である》と語る狂気に対して、《お前は王ではない》と認めさせねばならないのだ。ルーレはどのようにしてこの目標を達成したか。病院では自分一人が男性だと考えているデュブレ氏は、ルーレが男性であることをどうしても認めない。ルーレはシャワー療法を試みる。喉の奥までシャワーを浴びせられたデュブレ氏は、暴れながらもついに、ルーレの男性性を認める。あるいはまた、ランガージュの再習得と呼んでいい一連の治療法がある。自分を「同時にナポレオンにしてドラヴィーニユ、ピカール、オドリヤン、デトゥーシユ、ベ

ルナルダン・ド・サン・ピエールである」と考えているデュブレ氏は、主治医ルーレを始めとして、彼の弟子である医師たち、監視人、看護士たちの名前を、覚えてちゃんと言えるようになるまで繰り返させられる。これは単に一人の人間には一つしか名前がないことを教えて、デュブレ氏の「多形的命名の妄想」を訂正するためにのみ行われているのではない。同時に、医学的審級の各階層に配分されている人々に名前を復元することによって、この階層性自体を受け入れることが目的になっている。別の時にはデュブレ氏は、シャワー療法の後、浴槽を空にするよう命令される。命令に従う習慣のなかった彼は、強要されてしぶしぶ従う、だが浴槽は何度でも満たされ、命令は際限なく繰り返される、命令と服従のメカニズムを叩き込まれるまで。したがって、デュブレ氏が再習得しなければならないランガージュは、彼の《狂気》の真実に到達するために弁証法的に展開される議論のランガージュではまったくない。彼が学び、身に付けねばならないのは、「権力システムに準拠し、そこに整序されているランガージュ」、命令と秩序のランガージュ、主人のランガージュである。デュブレ氏はこのランガージュを学び直すことで、自己の《狂気》の真実にではなく、自分に押し付けられている秩序と権力の現実^{オールド}に到達するのである。

三、欲求の創出・維持・更新。ルーレは、労働と金銭を軽蔑しているデュブレ氏に労働を強要し、その報酬を強制的に受け取らせる。だが、受け取りに抵抗した罰として、デュブレ氏はその晩と翌日一日、飲食物を与えられない。そこへ、ルーレの意を体した看護士がやって来て言う、食べ物をこっそり持ってきてやってもいいが、「少しばかり支払ってもらわないと」。デュブレ氏は受け取らされたハスーの俸給から三スーを支払う。その食物には下剤が処方されていたので、夜中デュブレ氏は便意に襲われる。したがって、また支払わねばならない。こうして、医学的権力によって欲求―労働―金銭という循環回路が作り上げられる。だがこの回路はルーレの独創というわけではない。当時の精神病院では、食事はもちろんアルコール抜きで、各人の食欲に応じてではなく、平均を軽く下回る量が一律に

配給されていた。⁽³⁰⁾ また、初期の精神病院に見られた身体的拘束具の部分的廃止以後は、食事を奪うことがありふれた処罰手段として用いられた。他方、患者の労働は、秩序維持の目的や治療的価値のために、一八三〇年代には精神病院内で義務化されていたが、労働の利点は、何よりも、そこに報酬のシステムを滑り込ませることができるという点にあった。報酬は、相場よりは低い、精神病院が生み出す欠乏と欲求を満たすに役立つ額である必要があった。そうすれば、配給される食物の不足を補い、あるいはタバコやデザートを奮発して、満足感を補わせることができるからである。したがって、デュプレ氏がむりやりに投入された回路は、こうした欲求―欠乏の戦術によって動かされている。欲求のこうした人工的な創出・維持・更新の戦術には、幾つかの目的がある。第一に、欲求が生まれれば、欲求されているものの現実が知覚される。第二に、欲求すること、言い換えれば欠乏を自覚することによって、「狂気の全能が否定しようとしていた外界の現実が描き出される」。この外界は、欠乏のない望ましい現実として、また、狂気の間は手が届かないが、治癒すれば入っていける世界として、現われる。第三に、こうして精神病院の欠乏した状態は自分が狂人であるためだと気付けば、自己の狂気の現実が知覚される。第四に、欲求―欠乏の存在は、「狂気は高くつくが、治癒は購入できる」ことを、つまり狂気に固執している限り、欲求の充足―欠乏の回避は望めないが、権力・規則・命令への従順と労働の義務の遵守によって、欲求が満たされもはや欠乏しない状態を獲得することができることを教える。

四、真実の言表の獲得、言い換えれば患者に真実を語らせることである。デュプレ氏は、病院から見えるパリの街は、パリに偽装されたラングル人の都市だと考えている。ルールは、インターンを付けて、デュプレ氏にパリ散歩をさせる。デュプレ氏は、間違わずにインターンをヴァンドーム広場まで案内できるのだが、それでもパリがパリであることを認めない。そこでシャワー療法、頭から冷水を浴びせられたデュプレ氏は、ついにはどんなことでも認める。

だが、水から出ると、元通り、そこでまたシャワー、三度目にデュプレ氏は漸く譲歩する。だがルーレは騙されない。案の定、翌日になるとデュプレ氏は元に戻っている。またシャワーの脅し、デュプレ氏は譲歩する。自分が狂人であることを認める。だがルーレは納得しない、デュプレ氏は精神病院にいた期間を少なく算定しているからだ。彼はデュプレ氏が今「狂気と理性との間の一種の不確実性にいる」と考える。そこで彼は、何度もシャワーを浴びせて、デュプレ氏に自分の過去の歴史を書くことを強要する。その日の午後と翌日を費やして、デュプレ氏は、「勉強した寄宿舎とリセの名前、先生や同級生の名前をたくさん引用」した自伝を書く。「彼のすべてのレシには誤った思考はない、一言もずれていない。」だが、こうして得られた《真実》とは、結局、何か。第一に、それは知覚的レヴエルの真実ではない。彼がパリを何と知覚するかは問題ではないのだ。重要なのは、彼が、パリはパリであると言うことである。ここでは、真実であることを語るということ自体が、治療的な価値を持っている。たとえ強制されてであっても、真実を語ることは、遂行的意味を持つ、つまり、語ることによって、語られた《真実》は患者の真実になるのである。第二に、ルーレが《真実》と見做し、デュプレ氏に一人称で語らせようとしているものは、ある同一性である。《真実》は、患者が幾つかのエピソードによって構成された同一性の中に自己を認知する時に得られるのだ。第三に、この《真実》としての同一性は、医師も知っている幾つかの出来事、名前・家族・戸籍・経歴・医学的観察によって、患者の外部で確立された表層的で伝記的な記録から構成された社会的な地位・身分である。患者がそれを自己の同一性として受け入れ、自己の《真実》として告白して、この伝記に自己を同一化させる時、治療は開始されるのである。

この《真実》が得られた後、ルーレはデュプレ氏を退院させた。だがそれは治療を確信したからではない、逆に、退院させて現実世界の中に置くことで、患者に対する外的現実の支配をより確実なものにするためである。しかし、

ルーレがデュプレ氏を退院させたもう一つの、より深い理由は、彼から《狂気》の快楽を奪うことにあった。ルーレは入院当初からデュプレ氏に、シャワー療法、拘束衣、強制的絶食、頭皮の焼灼といった苛酷な治療を施した。それは、狂気の全能に対する医師の権力の優越を叩き込むためでもあったが、また、治療が生み出す不快によって狂気の快楽を無化するためでもあった。だが、デュプレ氏はいかなる苛酷な取扱にも、それが治療であるなら耐えられると、殉教者的な態度を示す。苛酷な治療はかえって狂気の快楽に備給するのである。おまけに、精神病院は《狂気》にとつてこの上なく快適な環境を構成している、そこでなら好きなように妄想できる、いかなる治療も妄想に取り込むことができる、いかなる処罰も妄想に奉仕する、このことに気付いた時、ルーレは、《狂気》の快楽を奪う絶対的必要性を痛感して、デュプレ氏を解放したのだった。彼はデュプレ氏のために、印刷所の校正係の職を見つけてやる、学校が教える合法的な綴りを、したがって秩序のランガージュをさらに習得させるためである。だが、デュプレ氏は綴りの間違いを犯し続ける。なぜならば、アルシオン人でありナボレオンである彼には、綴りを簡素化する権限があるからだ。そこでルーレは、人を使って彼にもっと実入りのいい仕事を持ちかける。デュプレ氏は喜んで承諾の返事を書く。回答が来る、「これほどひどい綴りの間違いがなければ、契約したところなのですが」。こうして《狂気》は打ち砕かれる、デュプレ氏は、一八三九年春、完全に治癒したことが認められた。だがルーレは、早くも翌一八四〇年の復活祭に、この患者が新たな疾患に冒されつつあることを示す徴候の存在に気付くのである。ここでも、戦闘は終結していない。

こうした精神病院の治療は、いかなるメカニズムに従っているのだろうか。フリーコーはそれを簡潔に三点に纏めて提示している。

一、圧倒的な力の不均衡に支えられた恒常的な規律の存在。患者は、欲求と金銭と労働の循環回路に投入され、ま

た他方では、表層的な社会的地位・身分としての同一性の内に自己を認知し、この同一性を自己の真実として言表するよう求められる。だが、いうまでもなくこの《真実》は、「それ自身の名で語る狂気の真実」ではなく、《狂気》が、「精神病院の権力によって構成されたある管理的・医学的現実」に、一人称で自己を認知することを受け入れる」時に語る真実でしかない。《真実》は、患者が自己の存在を、制度的言説が語る社会的地位・身分としての同一性に適合させる時、生み出される。したがって、この《真実》を語るランガージュは決して、医師と患者の間の相互作用から生み出されてきたものではない。医師が前もって所有していて、一方的に患者に押し付けているランガージュである。

二、精神病院の同語反復。欲求—金銭—労働の回路と同一性としての《真実》を通して患者に押し付けられているのは、現実である。実際、治癒とは何か。狂気の全能を断念し、狂気の快楽を放棄して、従順になり、労働によって生計を立てることができるようになり、与えられた社会的地位・身分としての同一性の中に自己を認知することである。《私は王ではない》ことを狂気が認めること、要するに、現実の圧倒的な力を受け入れることである。そのために、精神病院という治療装置とその様々なピース（建物—壁・独房・大部屋—、器具—シャワーや拘束衣のような様々な治療的—処罰的用具—、スタッフ—医師、看護師、監視人、従業員—）は、現実が「狂気と噛み合い、狂気を縮減し、したがって狂気を導き支配できるように」、現実「補足的な力」を与える。この「補足的な力」が、精神病院における規律、力の非対称、欲求の創出・維持・更新、命令、社会的地位・身分としての同一性、《狂気》の快楽の剝奪である。だが、確かにこれらは、精神病院という治療装置があつてこそ生み出されるものではないが、そもそもは現実自体が既に現実「に所有しているものに他ならない。したがって、この「補足的な力」は、実際には病院を「医学的に強度化された現実」にすることしかしていない。精神病院は、その中で「現実自体を再生産」し、「現実を権力として機能させる」と同時に、精神医学の権力を「ただ単に現実それ自体の力であるものとし

て有効化させる」のであり、そこには「現実のシステムの精神病院内部での二重化」があるだけである。⁽³²⁾精神病院は治療を生み出す時、徹頭徹尾、現実の手先―動因として機能している。現実の中のより強度化された現実にして、現実が《狂気》に伸ばす触手、それが治療装置としての精神病院である。

三、知と実践との断絶。先にも述べたように、精神病院は、「正確な観察」に基づく「客観的な」精神医学的知の生産の場だった。実際、生きている患者の「観察」は様々な疾病分類学の試みを生み出し、また患者の死体を自由に処理することができたので、剖検による「観察」は精神疾患の病理解剖学も生み出していた。だが、ルーレの報告は、彼の《治療》が、精神病院が生み出すこれらの《知》をいささかも利用していなかったことを明らかにしている。それどころか、彼の報告は、「治療の真の理論も、治療の説明の試みさえも」含んでいない。あるのは、患者にある行動や反応を生み出させるには何をすればよいのかという、戦術的操作の一覧だけである。精神病院の治療装置は、精神病院が生み出す《医学的知》から断絶しており、他方で同時に、自己自身の治療実践についても沈黙している。治療は、知の生産とは無縁のところ、進行しているのである。

したがって、二つの問いが生まれる。現実の傀儡でもあればより強度化された現実でもある精神病院空間を支配している権力とはいかなるものなのか。また、この空間でこの権力が生み出す《医学的知》は、治療の実践には何ら反映していないのなら、この権力といかなる形で結び付いているのか。言い換えれば、治療装置としての精神病院空間は、なぜ同時に医学的空間でもあらねばならなかったのか。まず最初の問いから見ていこう。

四、規律的空間

フーコーが『規律権力』と呼んでいる特殊な権力形式は、中世（一二―十三世紀）の宗教的共同体（シスター派、ドミニコ派、ベネディクト派、あるいはフランチェスコ派、カルメル派、アウグスティヌス派の各修道会）内部に、封建社会における『規律の小島』として誕生し、次いで一四―一五世紀になると、多数の世俗的共同体（『共同生活の兄弟たち』、等々）に「変形されつつ置換され」、それから一六―一七世紀には（植民地、軍隊、学校、工場、大規模作業所、等々という形を取って）社会に「広範なスケールで浸透し」、最後に一九世紀になると、「政治権力―身体」というこのシナプスの接触の大きな一般的形式になる」。一七九一年に公刊されたベンサムの『パノプチコン』に、「そのもっとも一般化された政治的・技術的定式を」見ることができる。⁽³³⁾ 一九世紀以前にこの権力とその施設が果たした社会的・政治的・経済的機能については詳述しないで、また今や著名なものとなった「パノプチコン」の構造的特性にも触れないで、ただちにこの権力の特性を挙げると、それはおよそ以下のようなものである。⁽³⁴⁾

一、個人の身体・仕草・時間あるいは行動の全面的攻略。

二、個人の孤立。いかなる規律的装置でも、各要素の場所が決定されている（軍隊の等級、学校の年齢クラス、またその内部での各人の、たとえば成績に基づく位置、等々）。したがって、この装置では、「位置のずれは、……」試験・競争・年功序列、等々のものである規則化された動きによって行われる」。

三、継続的コントロールの行使。規律システムにおいては、空間内の一点にピン止めされた個人は、「恒常的に見られている」。

四、規律権力はその「最適状態」、つまり「規律が単独で作用し、監視がもはや潜在的なものではなくなり、規律が習慣になってしまう時点」をめざしている、「規律の開始のゼロ点として与えられる一点から、規律が単独で作動するような何かを展開することになるようにする、この種の生成過程を含意している。」そして、それを保証するのが、「漸進的で漸増する訓練」である。

五、書かれたものの利用。書かれたものは、一方では、個々人の言動を記載し記録して（したがって、ここで個々人に関する知が構成される）、下から上へ情報を伝達し、またこの情報を常にアクセス可能なものにするによって、「遍在的可視性の原理」を保証する。

六、こうして保証された継続的・恒常的な可視性は、「反応の極度の素早さ」を生み出す。規律権力は、中断なく介入できるし、そもそも「潜在的なものが現実になりつつある時点で介入する」ことができる。それが可能なのは、「法より下部にある監視・褒賞・処罰・圧迫という働きのためである」。

七、規律的装置は「同位的」である、あるいはあろうとする。したがって、様々な規律的装置の間には、「葛藤や両立不能性」が生まれない、言い換えれば、様々な規律的装置は「相互に連接できる」。（学校のクラス分けは「……」幾つかの訂正を施せば、成人に見出される社会的・技術的階層性に投影される。）

八、規律システムは、「必然的に残滓のようなものを包含している」、「……」常に《分類できない》ものがある」。この分類できない、非還元的で、同化できない残滓の存在は、「補足的な規律システムの出現を引き起こす」、そしてそこでも残滓が生じるので、それを回収するために、新たな補足的システムが誕生し、これは無限に続く（たとえば学校は、学業について来られない軽愚者を生み出すので、軽愚者のための学校ができるが、そこでもついて来られない者のためにまた新たな学校が……）。したがって、規律権力は、個々人を秩序化するが、同時に規律化できないも

のを生み出すという点では無秩序化してもいる、そしてこの無秩序を回収し、秩序化するために、新たな規範化を生み出す、つまり「無秩序の中での規範の恒常的作業」である。

九、規律システムはそれ自体で作動するので、その責任者は、「より広いシステム内部に捉えられており、今度はそのシステムが彼を管理し、そのシステム内で彼は規律化される」。したがって、この権力は結局のところ顔がない匿名の権力である。

だが、なぜこのようなシステムが一九世紀に一般化したのか。フーコーはそれをもっぱら経済的理由によって説明している。⁽³⁵⁾ このシステムの採用には、「人間の蓄積」が、またその結果として「これらすべての身体的個別性の中に現われている労働力」の合理的配分が、可能になるという利点があった。人間の蓄積と労働力の合理的配分は、三つの形式で獲得される。第一に、個人の利用可能性を最大限にすること、つまりすべての個人を利用可能にすることである。と言っても、これは別に、実際にすべての個人を労働力として利用しようということではない。むしろ逆に、すべての個人が利用可能な状態を作り出せば、現実には全員を利用する必要はないので、ゆとり（失業者）を残して雇用することで、賃金を低めに抑えた雇用状況を作り出すことができる。第二に、多数の個人の労働力をうまく配分すれば、「単独の力の総和を上回る」成果が得られる。第三に「労働時間・習得の時間・完成の時間・知と能力の獲得の時間」の累積が可能になる。要するに、規律システムの確立は、個々人という「個別性を「……」空間的に配分し、実際に生産活動のレヴェルで最大限の有効性を持ちうる時間的累積を可能にする」産業資本主義の戦略である。精神病院の治療装置は、この規律システムを全面的に取り入れている。⁽³⁶⁾ 言い換えれば、治療と規律が常に結び付いている、治療は専ら規律を通して行われている。

一、身体と時間の全面的攻略。精神病院は厳しい規則に貫かれた空間だった。ファルレは、患者を日々の時間割に

従わせることには、「各患者を、一般的な法に従わせて、自己の傾向の不規則性に対して反応するように強い⁽³⁷⁾」という治療的価値があることを指摘している。同様にピネルは、患者の労働の治療的価値と規律的価値を次のように定義している、「恒常的な労働は、観念の邪悪な連鎖を変化させ、悟性の能力を決定して、それらを訓練し、それだけで精神異常者の何らかの集まりに秩序を維持し、内部の治安を維持するのに大量の事細かではしばしば空しい規則を必要にする⁽³⁸⁾」。これはフランスだけの事情ではない。一八〇六年にベルリン慈善病院の副院長に就任し、精神科部門の責任者になった元軍医のエルンスト・ホルンは、「際限のない怠惰の代わりに、整然とした日常のスケジュールを取り入れた軍隊風の訓練の実行を患者に命じ」たし、マンチェスターの精神病院長ジョン・フェリアは、規律は患者が自己規制を獲得するのを助けると考えて、「刺激の苦痛や恐怖がなくても患者が制限を感じられるようにする、軽度であっても正確な規制体系は、これらの目的にもっとも適している⁽³⁹⁾」と語っている。

二、恒常的可視性。狂人とは、常に監視されている者であるが、また、自分が「常に監視されていることを知っている」という事実⁽⁴⁰⁾が、「治療的価値を持つ」者である。なぜか、狂人は「見られていることを知っていれば、自己の狂気を見せない」からである。一九世紀の精神病院が入院を、言い換えれば患者を家族から隔離して精神病院に収監することを、絶対に必要だと考えた理由の一つがそこにあった。精神病院装置は、この可視性をどのようにして保証したか。まず、建築によって。確かに精神病院の建築はベンサム流のパノプチコン構造⁽⁴⁰⁾を採用していないが、同等の可視性を保証しうる建築様式を発見していた。エスキロールは、病棟形式の建築を推奨している。つまり、医師がいなくてもこっそり近づいて、中の様子をスパイできるように平屋の小さな病棟を三辺に配置し、四辺目は開いておく、というものである。あるいは独房様式を採用するなら、それは、「狂人が一方の窓から眺めている時、別の窓から」彼を眺めることができるように、「二つの側面が開いている」必要があった。他方、ベンサムのパノプチコンの中央

監視塔に相当するものは、中央に建てられて、周囲の病棟をすべて監視できる院長館として、実現されている。だが、可視性はまた、建築とは別のシステムによっても保証されていた。それが、「番人、看護士、監視人、医師から構成される」医学的審級の階層性が患者に注ぐ恒常的な眼差しである。同時にこれらの眼差しは、得た情報を、この審級の頂点にあって管理権力と医学的権力を一手に掌握している病院の唯一の責任者である院長（主任医師）に送付する。

三、同様に治療価値を持つのが、孤立の原則である。個々人を空間内の一点にピン止めするものとしての孤立は、やはり建築によって、つまりベンサムのパノプチコンの独房を再現しているエスキロールの独房によって保証されている。だが、孤立はまた、フーコーが「狂気の三角形の知覚」と呼んでいるもの、つまり、個々の患者をいかなる集団的效果からも切り離して、自己自身へとピン止める戦術によっても獲得される。実際、狂人は自己の狂気には結び付いているが、他者の狂気には結び付いていない。だから、医師が個々の患者に、周囲の人々が実際に狂人であることを示すなら、患者は他者の狂気を知覚することによって、『狂気』とは何であるかをついには理解する。自分は王であると思っている狂人が、同様に自分は王であると思っている別の狂人の哀れな様を目にし、医師がその狂人どのように判断しているかを見れば、彼は結局自己の《狂気》に対して、医師と同じような意識を持つに至る、⁽⁴⁾といふわけである。

四、処罰システム。デュプレ氏の例からも明らかなように、処罰もまた治療価値を持っているので、精神病院は、絶えざる処罰の場でもある。処罰は、絶えず患者を監視している医学的審級の各スタッフによっても保証されるが、また一連の器具によっても保証された。フーコーはそれらを「身体の調教と矯正を機能とする」「整形外科的器具」と呼んでいる。たとえば、壁に固定して、患者を括りつけるための固定椅子、足元が不安定なので、患者が動けばそれだけぐらぐらして眩暈を引き起こす可動椅子、手錠、体の前で両手を重ね合わせておく拘束マフ、拘束衣、患者の

首から下全体を覆い、両手を腿のところ固定する筒型の衣服、底に布いたマットレスの上に患者を寝かせて、蓋を閉め、頭を端の切れこみから外に出す柳細工の籠、顎の下に棘の生えた首輪、等々。これらの器具の特徴は、「漸進的效果によって不要にされねばならない」ことにある。つまり、いずれは、こうした器具がなくても、所定の効果が得られるようにならねばならない。それは最適状態を、規律の習慣的で自動的な作用を、最終的效果として目指している器具である。またもう一つの特徴は、それが「自律平衡的」器具だということにある。言い換えれば、「抵抗しなければそれだけ感じないが、逃れようとすればそれだけ反対に苦しくなる」のが、これらの器具である。棘の生えた首輪は、俯かない限り何も痛くない、拘束衣は、暴ればそれだけきつく締め付ける。

要するに、次のように言うことができる。精神病院は他の規律システム（兵営、学校、作業所、大規模農場開発、等々）と同位的である。精神病院が行う治療とは、患者の身体に対して規律の習慣化を施す漸増的な訓練——調教に他ならない。そして治療とは、規律に対して従順な身体、最適化された規律を刻印された身体を持つことである。この身体を獲得し、したがって治療した患者は、解放され、現実に送り出される。そこで彼を待っているのは、別の規律システム（兵営・学校・工場）である。そこで同化できなければ、また精神病院に戻ればいい。言い換えれば、精神病院は、同時代の大きな規律の装置が必然的に生み出す《残滓》を再規律化する装置であり、それ自体が、社会全体を覆う規律的装置の一個のピースなのである。

五、《知っている者》としての医師——精神医学的《知》と《狂気》の真実

だが、精神病院は、社会全体を覆う規律的装置のピースの一つに他ならないとしても、他の規律的システムとは決

定的に異なる要素を持っている。それは、精神病院が医学的空間と見做されていること、医学的にマーケティングされていることである。したがって、第二の問いが生じる、精神病院という規律的調教の空間で、「結局医学は何に関係していたのか、なぜ医師が必要だったのか」、「……」まさしく一九世紀初頭から、狂人を入れる場所が単なる規律的空間ではなく、さらに医学的な場所でもなければならなかったというのは、どういふことなのか⁽⁴³⁾。

確かに、精神病院は《狂気》に関する知と言説の生産の場だった。一九世紀初頭の、つまりピネルの、次いでエスキロールの精神医学は、臨床医学の言説をモデルにした疾病分類学的な言説を生み出していた。個々の精神疾患を、固有の症候と進展を示し、診断や予測を可能にする特定の要素を提示する疾病として分類し記述する試みがなされていた⁽⁴³⁾。他方エスキロールの弟子たちの世代は、患者の剖検に基づいて、一八二〇年以降、続々と精神疾患の《座》に関する研究を発表し始める。精神疾患の病理解剖学的病因論の企てである⁽⁴⁴⁾。したがって、一八三八年法が、《施設の医師》という表現によって、精神病患者用施設に医師が常駐することを自明の事柄にしたとき、それは、法的―行政的権力が、これらの言説に医学的な《知》と《真実》を、治療的価値を、認めたことを意味している。要するに、精神医学者は《狂気》について《知っている》と見做されたのだ。だが、これまで見てきたように、これらの精神医学的知は治療には全く生かされてはいなかったのである。それなら、なぜ、医学的《知》は必要だったのか。「思うに、精神病院が必然的に医学的にマーケティングされるべきだとしているもの、それは、知の内容ではなく、知のマークが合法的に与える補足的な権力効果である。言い換えれば、医師の内に知が存在していることを示すこれらのマークによって、「……」この知の実際的内容がどうであれ、精神病院の内部で医学的権力は、必然的に医学的な権力として機能することになるのである⁽⁴⁵⁾。」したがって、ここでも精神医学の《知》は権力との関係で検討されねばならない。実際、医師が纏う《知のマーク》は、精神病院においてどのように機能していたのか。

一、問診の技術において。医師はやって来た患者に問診する。だがその前に、患者の家族や周囲の者から、患者についての情報を入手しておかねばならない。そうすれば患者に問診する時、患者が思っている以上に詳しく知っていることを示すことができ、したがって、患者が真実ではないことを言っても、嘘だ、妄想だと決め付けて、それを退けることができるからである。同様に、問診によって必要な情報を患者から引き出す時にも、決して、「これらの情報に関しては自分次第なのだ」と患者に思わせるようなことがあってはならない。言い換えれば、問診はあくまでも医師の問いに答えさせるといふ形式を守らねばならない。患者に言いたいことを言わせておくのではなく、要所要所で問いを挟んで患者を中断し、「患者が、自分の答えは本当は医師に情報を与えるのではなく、ただ彼の知に手がかりを与えるだけで、医師が自分の考えを述べる機会を与えるのだ」、「……」自分の答えの一つ一つが、医師の精神内に既に全面的に構成されている知の領野内部で意味があるのだ」と思わせねばならない。要するに、問診は患者から必要な情報を得るために行われているのだが、そのことをいかにも意味ありげな質問によって隠蔽し、『知っている』ことを見せ付けることによって医師―患者の間にあふ非対称的な力関係を確立するためにも行われている。『知のマーク』は、その威光によって、医師の患者に対する圧倒的権力の構成に資するのである。

二、恒常的監視に基づく、患者に関する恒常的な記録の作成（既に見たようにこれも規律権力の特性の一つである）。たとえばピネルは、「精神異常の侵入から終結までの過程全体に亘って取りうる進行と様々な形式の正確な日誌」をつけることを勧めている、同様に、モロー・ド・トゥールも、「患者に関して得られる情報」と「疾患の進行に必要な詳細を含む」「観察ノート」を作成し、それに基づいた統計的研究を行うことを勧めている。⁽⁴⁶⁾要するに、入院患者に関する一覽表と記載の完全なシステムを組織化し、医師がそれをいつでも利用できる状態を設置する必要があるのだ。これは、一方で患者に対する医師の『知のマーク』の構成に資すると同時に、疾病分類学的知の生産にも

役立つ、そしてそれは再び《知のマーク》の構成に与る。

三、処罰と医療の二重の働き。患者は、デュプレ氏がそうだったように、苛酷な治療や処罰に殉教者的に耐えることによって、それらを《狂気》の快楽に奉仕させてしまう。医師は常に、疾患の内部にあって疾患を動かしているこの快楽を攻撃し、奪わねばならない。常に《狂気》の裏をかかねばならない。したがって、患者を処罰する時には、それを治療だと思わせねばならないし、反対に医療を施す時には、それを処罰だと思わせねばならない。だが、こうしたことすべてが可能になるためには、「自己を、何が医療もしくは処罰であるのかについての真実を保持する者として示す者がいなければ」ならない。《知っている》と見做されることが、処罰を医療にし、医療を処罰にすることを医学的に合法化するのである。

四、だが、精神病院における最大の《知のマーク》は、医師が学生の前に患者を供覧して行う臨床講義である。⁽⁴⁷⁾そこで、医師は医師にして同時に医学的真実の師として自己を提示する。一八四三年からラ・サルベトリエールで臨床講義を行ったファルレは以下のように、その利点を挙げている。

① 患者は必ずしも医師の言葉に注意を払わない、あるいは医師の言葉を退けることもある、だが医師の周りに多くの学生がいて、医師の言葉に「敬意を込めて耳を傾けている」のを見ないわけには行かない。「多くの異なる公衆がいることは一層彼「医師」の言葉に権威を与える」とファルレは断言している。

② 臨床講義では、医師は患者に問診するだけでなく、学生たちの前で患者の答えを註釈してみせて、患者に、「医師が彼の疾患についてさまざまなことを知っていて、学生たちの前でそれについて語り、理論を開陳できるのを示すことができる」。そこで「患者は、何か全員に受け入れられる真実のようなものが、医師の言葉の中で定式化されつつあるのを理解することになる」。これは医師を「別な形でさらに強力に」する。

③ また医師は学生たちの前で、症例の一般的想起を行う、つまり、患者の全生涯を患者自らに反復させたり、あるいは患者が緘黙している場合には医師自ら反復してみせる、したがって、患者は、学生たちの前で自己の人生が「疾患として」呈示されるのを見る。こうして患者にとって、「自己の人生は疾患の現実を持つ」ことになる。

④ こうして、展示物となり、自己の人生を疾患として提示された患者は、「人が自分たちに関心を示すことに驚きと誇りを感じる」ので、「しばしば」医師に協力的になり、すすんで医師の「レシを補元する」、つまり、その疾患によって「医師に報いて」くれるのである。

したがって、臨床講義には、精神病院の治療装置が現実を補足する諸要素——他者の権力への従属、押し付けられる同一性の受け入れ、《狂気》による《真実》の言表、報酬と交換の回路への患者の投入——がすべて見出される。

医師の言葉は最大の権力を保持し、患者は自己の人生についての一般的想起に自己を認めることを強制され、また自ら進んで医師のレシを補完することによって、《真実》を語り、最後に、満足感（驚きと誇り）と医師への協力との交換によって報酬の経済的回路に入るからである。臨床講義は、精神病院で日常的に行使されている規律的権力の「増幅器」である。そして、それが纏っている《知のマーク》が、医師を、真実を語る師として構成するのである。

《知のマーク》の機能は、医師を《知っている》者にする、より正確には、医師を《知っている》者として、患者の前に、だがまた学生の前に、さらには精神病院を取り巻く法的—行政的権力の前に呈示することである。だがそれだけではない。こうして《知っている》者として呈示され、そう見做されることによって、初めて精神医学者は、医師として行動できる、その規律的権力を医学的権力として行使することができるのである。

したがって、精神医学の《知》は、治療の実践を《狂気》の真実に基づかせるためではなく、ほとんど専ら精神医学の規律的権力を補強するために援用されている。だがそれでも、精神医学の《知》は《狂気》の真実にまったく

関心がなかったというわけではない。それどころか精神医学は是が非でも《狂気》の真実に関する《知》を必要としていた、なぜなら精神医学は、医学（身体の医学であり器官の医学である臨床医学）とは根本的に異質なものであったので、それ自身もまた《医学》であることを証明しなければならなかったからである。したがって、ここでもまた、精神医学と狂気の激しい闘争の場面が生まれることになる。⁽⁴⁸⁾ 実際、身体の医学においては、一八世紀末から一九世紀初頭にかけて病理解剖学が出現した結果、身体内部に評定できる器官的損傷に基づいて、個々の疾患を説明することができるようになった。また、疾患を個別化する器官的損傷から、徴候の集まりを構成することが可能になったので、疾患の鑑別診断が確立された。ところが、精神医学では事情がまったく異なっている。第一に、精神医学では鑑別診断は必要ない。確かに精神医学は、疾病分類学的試みに基づいて、個々の精神疾患にラベリングする鑑別診断を実行しているが、それでもそれは二次的な問題でしかなく、狂気のあらゆる診断においてもっとも根本的な問いは別の所にある。つまり、《狂気か否か》という問いである。すべてはまず、ここから始まる。したがって、精神医学が真っ先に行わなければならないのは、絶対的診断である。そして、治療には疾病分類学的知は反映されていないのだから精神医学が行わねばならない診断は、実際にはそれだけである。第二に、精神医学には身体が不在だった。確かに精神医学にも病理解剖学が採り入れられていた。疾患の《座》は、場合によっては発見されていた。ベイルによる進行性麻痺の発見（梅毒の後遺症である脳髄膜の損傷）はその著名な例である。だがそれでも、精神医学が診断しなければならないのは、ある行動や発言や幻覚が、いかなる器官的損傷によるのかではなく、やはり、《狂気か否か》なのである。したがって、精神医学は、「絶対的診断のこの要請に答えうる」ために、「狂気であると想定されるものを、現実の領野に書き込むか、あるいは非現実として「狂気の」資格を剥奪するかするようなテスト」を確立しなければならない。この《現実性のテスト》は、実際には同時に二つの働きをする。第一に、行政もしくは家族がある人

物の収監を求める時、収監の動機となっているもの（当該人物の言動）を疾患と症状に置き換えることが可能か否かをテストする。だが第二に、同時に、こうして収監を決定（あるいは却下）する行為が医学的行為か否か、この行為の主体が医師か否かもテストする。というのも、収監の要求の背後には、常に様々な危険な思惑が隠されているが——ある場合には家族が、自分たちにとって都合の悪い、あるいは自分たちに敵意を持っている親族を厄介払いしようとしていることがある、またある場合には犯罪者が、不当な恩恵に浴そうとしていることがある、そして、これらももっとも大きな危険なのだが、もちろん狂人は常に収監を免れようとする——、医学的《知》だけがこれらの危険を見抜くことができる、と精神医学は主張していたからである。だから実際には、ここで精神医学は複雑で厄介な戦いに入らねばならない。「なぜなら、患者こそが、精神医学のテストをどのように蒙るかに、どのように脱するかに応じて、精神医学者を医師として確立したりしなかったりするからだ。」つまり、このテストは、医師と患者の一種の決闘である。医師が家族の犠牲者を、詐病者を、狂人と誤認すれば、あるいは逆に、そしてそれ以上に、狂人を狂人ではないと誤認すれば、彼は《知っている者》、医師ではなく、収監を決定／却下する純然たる規律的機能に送付されてしまう。彼を医師にするもしないも、患者次第なのだ。「医師の過剰権力の下には、患者の過剰権力がある。」したがって、医師は患者のこの権力に依存しなければならぬが、同時にその抵抗を縮減しなければならない。

一九世紀の半ばまで、言い換えれば、神経病理学が誕生するまで、精神医学には、《狂気》を現実化する三つの技術があった。問診と麻薬と催眠術である。これらはすべて、精神病院内部で規律的な機能を果たしていたが、また、《狂気》を現実化し、精神医学の《知》が《狂気》の真実を捉える場でもあった。

問診は、幾つかの手続きを含んでいる。

一、「前歴の探求」、つまり患者に、祖先や傍系親族がかつて罹患した様々な疾患を問い質すことである。それは、疾患の徴候や前駆症状の探求を、複数の個人のスケールに拡大して、精神医学には不在な病理的身体を、家族の身体で置き換えるためである。病理解剖学の身体を、遺伝的身体で代置するためである。たとえば、一八三五年に母親と弟妹を惨殺した二〇才の青年ピエール・リヴィエールに関する法医学鑑定書は、彼の叔父が狂死したこと、従兄弟の内「狂気の症状を呈したものが二人」いたこと、彼の母の「脳は狂っていて」、弟は「ほぼ完全に白痴で」あることを指摘している。⁴⁹

二、「前駆症状や体質的徴候、個人的前歴の探求」、つまり狂気が発現する以前に、それを予告していた様々な徴候を発見することである。これらの徴候は、それ自体では病理的ではない、したがってまだ狂気ではないが、『狂気』がそのものとして発現する以前から既に存在していたことを証明する。たとえば、ピエール・リヴィエールは、四才から「白痴または低能として通って」いた、彼は独り言を言い、「小さな生き物をいじめ殺して生贄として神に捧げ」、棒を振りかざして「野菜畑に突進して、わめきながら野菜をめちゃくちゃにし」、小さな子供たちを脅かしていじめ、近親相姦と生殖を恐れるあまり、親族の女性ばかりか「めんどりや牝猫」が近付くのも嫌った。⁽⁵⁰⁾したがって、ここで探求され、構成されるものは、正確には「狂気の体質的マーカー」としての《異常性》である。この《異常性》の領野に収監の動機となっているものを置き直すと、収監の動機を構成しているものは病理的症状になる。

三、問診では医師と患者の間に、暗黙の取引が行われる。患者が、収監の動機となつてゐるものの現実性を引き受け、症状としてそれを呈示してくれるなら、それによって医師は医師になることができるので、引き換えに患者に法的あるいは道徳的弾効を免除することができるからである。

四、したがって、問診は、最終的に、『狂気』の現動化、狂気の否定しえない形での明示に至らねばならない。こ

の現動化は、二つの形式で得られる。まず、患者が自己の狂気を告白することがある、幻聴や幻覚があること、自分はナポレオンだと思っていることを、患者自身が告白する。さもないければ、狂気は発作として現動化される。問診は、患者を、実際に自己の狂気を明示せざるをえない点まで、追い詰める技術である。そして、こうして狂気がついに現実化された時、医師は勝利する、つまり医師になることができる。

問診には、規律的機能とは異なる二つの機能がある。一方で、それは、病理的な身体と徴候の集まりとを構成し、収監の動機から症状を作り出し、最後にこの症状を現実化する。つまり問診は、精神医学が、それには絶対的に欠如している器官医学の鑑別診断の諸要素を、ミメシス的に復元する技術である。他方で、問診は、医師と患者の間の交換・贈与と反対―贈与によって、三重の現実化を獲得する働きをする、つまり、ある行動を狂気として現実化し、この狂気を疾患として現実化し、最後に医師を医師として現実化する。

だが、問診には幾つかの欠陥があった。まず問診はランガーージュによってしか行えない、言い換えれば、問いを発し答えを得るという形でしか、《狂気》と交流できない。したがって、患者の身体を隅々まで支配することができない。患者は抵抗する可能性がある。

この欠陥を乗り越えるために、精神医学が利用したのが、麻薬（アヘン、アヘンチンキ、亜硝酸アミル、クロロフォルム、エーテル）である。⁽⁵¹⁾ 麻薬はもちろん、規律的目的でも（患者をおとなしくさせておくために）使用されたが、既に一八世紀末から、《現実化のテスト》としても使用されている。⁽⁵²⁾ だが精神医学における麻薬の利用の意味を最もよく明らかにするものとしてフーコーが着目しているのは、モロー・ド・トゥールが一八四〇年代に行った実験である。オリエント旅行で大麻を知ったモロー・ド・トゥールは、自身を実験台にして、大麻の段階的な中毒症状（幸福感、興奮やさまざまな観念の乖離、時間と空間の錯誤、視覚的―聴覚的感受性の発達、固定観念や妄想的確信、情動

の損傷（恐怖感・興奮・エロスの情動の誇張）、抵抗できない衝動、幻影や幻覚）が、精神疾患の症状と重なり合っていることを知る。モロー・ド・トゥールは、大麻中毒のこれらの症状が「自然的で必然的な連続、自発的連鎖」をなしていると考えた。これは言い換えれば、『狂気』のさまざまな症状は、「結局同じ系列に属している」ということである。初期の精神医学（エスキロール）は、個々の精神疾患がそれぞれ人間の異なる能力を損傷すると考えていたが、今や、さまざまな段階を経ながら進展する一つの『狂気』しかないことになる。ある狂気は進展のある段階で停止し、そこに固定化されるが、それでもすべての狂気は同一のものである。したがって、狂気のあらゆる発現形態を完全にカヴァーしている大麻中毒の症状を検討することによって、精神医学は、身体の医学には存在するが精神医学には絶対的に欠けていた、あの疾患の《座》に相当するものを、つまり『狂気』の絶対的開始点、『狂気』の唯一の基盤のようなものを発見し、再現動化することができる。モロー・ド・トゥールはそれを「根本的な知的変容」、あるいは「根本的変容」と呼んだ。この言葉によって彼が言い表そうとしていたのは、「道徳的能力と命名される知的構成物の風化、真の解体」である。

だが、とりわけ重要なのは、大麻を用いることによって、医師は自ら『狂気』を再生産できる、『狂気』と直接交流することができるということである。それは、実験の結果得られたものである以上人工的だが、狂気の自然な進行過程をなぞっている以上自然な、『狂気』である。したがって、病理解剖学には存在するが精神医学には不在だった病理的身体をも、医師は実験によって獲得することができるわけだ。以後、医師は狂気との「内在的な関係」をうることができる。彼自身は『狂気』ではない、正常―規範的な医師が、この「内在的關係」に基づいて、『狂気』を理解し、再建できることになる。いわば、『狂気』は内面から攻略される。そして、「医師は、自己の規範性―正常性と『……』自己の経験―実験との名において、狂気を見、語り、狂気に命令する」ことができるようになる、なぜなら、

医師は今や実際に《知っている》からである。

モロー・ド・トゥールは大麻療法を開始する。初め、メランコリー患者に大麻によって興奮をもたらすならば治癒するだろうと見込んで失敗した彼は、今度は逆に、躁病患者に大麻を投与して、さらにその興奮を高めるならば、つまり患者の狂気をより可視的なものに、より強度の高いものになれば、「慢性状態に向かう妄想にその最初の鋭さを保存し、あるいはこの鋭さを想起させ、消えそうになる時は蘇らせる」⁽⁵³⁾ならば、患者は治癒するだろうと考える。こうして得られた多くの寛解例を、彼は治癒例として報告している。

《狂気》を可視的にするものとしての大麻療法は、強度化された問診、あるいは問診の自動化であると言ってよい。患者は麻薬の力によってもはや医師の権力に抵抗できずに、自己の《狂気》を医師の眼前で現実化するからである。さらに、大麻は、医師自身にも《狂気》を身をもって再現動化し、理解することを可能にする。したがって、医師は、その権力の一部を大麻に委譲するが、こうして得られる《知》によって失ったものを回復する。《狂気》は、内部から攻略される。だが、麻薬の欠陥は、医師がそれでもまだ、患者の身体の内面には入っていないことにあった。精神医学の《知》が《狂気》の真実に接近する第三の手段が、動物磁気と催眠術である。

動物磁気は、一八二〇年代前半にラ・サルペトリエールで導入される。それはもちろん、患者をおとなしくさせるためののだが、また、動物磁気にはある効果があると見做されていたからでもある。動物磁気にかけられた患者は、「意識の圏域が増大し」、「直感」あるいは「明晰さ」と呼ばれる能力、つまり「自分が冒されている疾患やこれらの疾患の近いあるいは遠い原因、疾患の座、予想と適切な治療を認知する」能力を発揮すると考えられていた。⁽⁵⁴⁾だが、まさにこの能力を医学は脅威と見做す。したがって、動物磁気は一八四〇年代前半には、医学界から追放される。

同じ頃、磁気術のデモンストレーションを見たスコットランドの外科医ジェイムズ・ブレイドが、それを「催眠

術」という名で大衆化する。ブレイドの催眠術は、一八五九年プロカが催眠下にある患者に外科手術を行った事例をきっかけに、フランスに導入され、今度は精神医学に正式な市民権を得る。それは三つの理由からだった。第一に、ブレイドの催眠術は、動物磁気とは異なり、そのあらゆる効果を医師の意志に帰属させていた。医師の言葉だけが、催眠術の固有の効果を生み出すものとされていた。第二に、催眠術は、「患者の意志を全面的に中和して」、医学的権力と知が《狂気》に入り込む入り口を開いていた。催眠下にある患者は、いかなる抵抗も失って、「医師の意志が刻印される中立的表面のようなものになる」。医師は患者を好きなようにすることができ、患者のある種の行動を妨げることもできれば、ある行動を強制することもできる、症候を無化することもできる。つまり行動の調教が可能になる。第三に、催眠術によって、患者の身体を直接攻略することができる。「筋肉の収縮や麻痺を決定できるし、身体表面の感受性を刺激したり無化させたりできる、知的あるいは道徳的能力を弱めたり活発にさせたりできる、循環や呼吸のような自動的機能さえ変容できる。」したがって、催眠術において初めて、今まで不在だった患者の身体が精神医学に現れて来る、というのも催眠術は、筋肉や神経という基本的な機能のレベルで身体に介入することを許すからである。

精神医学の《知》は権力と結びつくことによって、《狂気》の抵抗を一つ一つ排除しながら、《狂気》の真実を攻略して行く。言い換えれば、《知》は、医師と患者の戦闘を通して患者の身体に行使される権力によってしか生み出されない。そしてこの《知》が、今度は医師を《知っている》者にし、精神医学を《医学》にして、その権力効果を高めるのである。言い換えれば、《知》は、患者との決闘を有利に導き、《狂気》を無抵抗にするためにのみ機能している。《狂気》の真実は、医師が医師になり、現実の手先^{マニピュレーター}動因^{モティベーション}として患者の身体に対して規律的権力を医学的権力として行使するためにのみ、必要とされているのである。したがって、権力が知を生み出し、知が権力を補強するこの

相乗効果から、《科学的真実》を語ると言われる言説が生産されるとしても、それは決して治療には反映も統合もされない。この意味では、実際には、精神医学は《狂気》の真実を必要とはしているが、決して問題にはしていないと言っている。したがって、《狂気》の真実を決して実際には見ようとしていない医師が、催眠下にあってまったく無抵抗にされた患者の身体を手に入れた時、そこで発見する《狂気》の真実とは一体何だったのか。ラ・サルペトリエールのヒステリー患者が、その答えを与えることになる。

六、《身体が応えてくれる》——神経病理学とヒステリー患者

ヒステリーは、19世紀の精神医学にとって、厄介な問題だった。だがその理由は、煎じ詰めれば、精神医学自体が抱えていたある逆説に求められることを、フーコーは明らかにしている。⁽⁵⁹⁾

既に述べたように、身体の医学（臨床医学）には、病理解剖学が明らかにした、器質的な損傷を負った病理的身体が存在した。この器質的損傷と症状との対応に基づいて、臨床医学は疾患の鑑別診断を実行することができた。病院を訪れる患者に対して医師が実行すべき任務は、「疾患を特徴付け、特殊化し、説明する」こと、言い換えれば「患者の愁訴に種別化・特徴づけの活動で答えること」であった。そこに、臨床医学の知が行使されるべき真実の点があったと言える。ところが、まず、そしてつづいて、狂気か否かの絶対的診断が要請される精神医学では、このようなことは起こらない。精神医学者に求められていることは、したがって彼の知と権力が機能するべき点は、収監の動機とされているものが狂気か否かを決定すること、言い換えれば、収監の動機となっているものを狂気の症状として現実化できるか否かを見ることである。狂気の真実は、この狂気／非—狂気の決定に、狂気の現実性／非現実性の決定

に、もっぱら関わっており、精神医学の知と諸技術（問診・麻薬・催眠術）は、権力効果を援用しつつ、ほとんど專一的にこの点に備給されている。そして、やはり先に述べたように、この狂気の現実化を獲得させてくれるものが、狂気の《発作》だった。精神医学の諸技術は、狂気の《発作》を、医学的知―権力にとってコントロールしやすい形で発現させるために洗練されたと言ってよい。言い換えれば、精神医学が求めている狂気の《真実》としての《発作》は、《狂気》がその真実の姿において自らを顕すものではなく、単に狂気を現実化するものに他ならない。このかぎりにおいて、精神医学は《発作》を、だが切実に、絶対的に、必要としていた。言い換えれば、精神医学にとって、《発作》を通して狂気を現実化することは至上命令であったと言える。だが他方で、精神病院空間において、《発作》は絶対的に存在してはならないものでもあった。精神病院が、既に見たように、現実の圧倒的な力によって狂気を制圧すべき場所、「お前は王ではない」と狂気に向かって語り、狂気にそれを受け入れさせるべき場所である以上、そこで狂人に向かって下される至上の命令は、「お前の狂気を思うな」である。狂人は、自己の狂気以外のことに精神を集中させねばならない、狂気の快楽を断念して、秩序に従い、欲望し、欠乏に苦しみ、この欠乏を満たすためには労働が必要であることを学習し、現実に戻帰することを希望し、そして最終的には現実に戻らねばならない。したがって、「精神病院の規律的空間が発作を成立させることはありえない」、そこから、発作は徹底的に排除されねばならないのである。精神医学の、そしてその知―権力の特権的な場としての精神病院の、逆説がここに成立する。一方で、精神病院の機能は、「狂気に現実性を与え、狂気が現実化する空間を開くことである」⁵⁶。だが他方で、精神病院は病院である以上、「疾患を削除すること」を機能ともしている。この逆説に縛られている精神医学と精神病院にとって、理想的な狂気とは《痴呆》である。痴呆においては、「疾患の特徴となるような症候学的種別化をもはや割り当てることができないほど、症候が多数化しているか、あるいは反対に平準化している」、「……」種別性における

症候は、きれいに削り取られて滑らかにされ」ている。言い換えれば、痴呆には発作となって現われるべき固有の症状などない。だが他方で、痴呆は「精神医学の権力が望んでいるものにも答えている、なぜなら彼「痴呆者」は実際に狂気を、精神病院内部における個別的現実として、現実化しているからである」。反対に、精神医学が持て余さざるを得なかったのが、ヒステリーである。「ヒステリー患者とは何か。ヒステリー患者とは、もっとも種別化され、明確化された症候——まさしく器官的疾患を呈示する症候——の存在に魅了される余り、自分でその症候を反復する者」である。彼（女）は「自らを真実の疾患の紋章として構成する、自己を可塑的に、真実の症候を担う場にして身体として構成する」。言い換えれば、ヒステリーは、精神医学と精神病院が《狂気》に下す二重の矛盾した命令、《狂気》の現実化の要請と病院空間における発作の排除に、協力しつつ抵抗している。ヒステリーは、一方では明らかに器質的損傷に由来すると見做さざるをえない症状の明示によって、《狂気を現実化せよ》という要請に応えているが、まさにそのことによって他方では頑なに《発作を起こすな》という命令に抵抗している。だが、ヒステリーの巧妙さ——その厄介さ——は実はそこにはとどまらない。こうしてヒステリーが与える「明確で決定された症候の激化」に基づいて、今度は「現実とその疾患を割り当てよう」とすると、決してそれができない、なぜなら彼の症候が器官的基層に送り返されると、彼には基層がないこと」が明らかになるからである。「彼がもっとも目覚しい症候を明示するまさにその時、彼は疾患の現実のレベルでは割り当て不可能になる。」したがって、狂気は現実化されているにもかかわらず、実際には現実化されない。ヒステリーは、精神医学の矛盾した二重の命令に、従順と抵抗の果てしない反転図形によって応えるものである。その前で、精神医学は翻弄され、なす術を失う。では、「症候を無化し、消去する圧力に、症候の一覧表全体の構成、可視的で可塑的な屹立を対立させ、詐病によって狂気の現実への割り当てに抵抗する」このヒステリーを、どうすれば精神医学は攻略できるのか。

一九世紀の精神医学の歴史において大きな転換点をなすのは、神経病理学の出現である。実際、神経病理学によって、精神医学は、「神経学的な座と神経病理学的病因論とを実際につきとめることのできた幾つかの障害を」⁽⁵⁷⁾手放すことになるからだ。骨髄神経の損傷や大脳の障害と結び付いた神経病理学の臨床が、幾つかの症状（麻痺・知覚脱失・感覚障害・疼痛、等々）を身体に《座》を持つ疾患として、引き受けるようになる。⁽⁵⁸⁾精神医学に残されたのは、いかなる器官的損傷に基づく病因もつきとめられない疾患であり、それは常に《現実性のテスト》を必要とする、《狂気か否か》の絶対的診断を下さねばならない、したがって常に詐病の可能性を孕んだ領域、医師と患者の恒常的な決闘の領域であった。

神経病理学は、一八四〇年代に、筋肉と神経の興奮可能性を研究していたデュシェーヌ・ド・ブローニユが、「たまたま、一つの電極を湿らせて、皮膚の表面を帯電させると、『……』ある唯一の筋肉の反応が得られる」⁽⁵⁹⁾ことを発見した時に誕生する。したがって、神経病理学は患者の身体を、刺激―反応に基づいて分析する。そこから得られるものは何か。反応には、正常な―常態的な反応と、異常な反応がある。後者は身体の機能失調を示している。そこから、「器官の連合作用」、つまり筋肉間に存在する種々の相関関係が、したがって、ある筋肉の機能失調は何を引き起こすかが、明らかにになる。そこから今度は、行動を意志的なものから自動的なものに至る軸上で分類することが可能になる。単に反射的ではない行動から、自動的行動、意図的―自発的行動を経て、最後に外界からの命令に答える意図的行動までの、行動の階層化が可能になる。言い換えれば、「身体のまさしく内部での、患者の意識や意志のある種の捕獲の可能性」が得られる。見て来たように、精神医学では、患者の意志は、規律的権力によって戦い、ねじ伏せるべき相手、処罰／褒賞システムによってしか制圧できない、手強い敵だった。だが、身体の反応を見る神経病理学の臨床は、患者を「この意志のレベルで捕獲することを可能にする」のである。したがって、神経病理学は、

臨床医学とも精神医学ともまったく異なる医師―患者関係を成立させる。

臨床医学では、医師は患者の意志に最小限の依存しかしていない。確かに医師は患者に命令する――「咳してください、深呼吸してください、等々」。だが、この最小限の命令以外は、すべてが医師の検査（視診・触診・打診・聴診）に委ねられている。そして病理解剖学的な身体は偽らない、したがって、検査によって患者の身体は全面的に捕獲される、鑑別診断が可能である。

逆に、精神医学の場合、病理的な身体が不在なので、臨床医学の検査に代替されるのは、主として問診だった。したがって、患者の意志への依存度は飛躍的に高まる。《知のマーク》と規律的権力の援用は、その対抗手段だった。それでも患者は答えないことができるし、偽ることもできる、そして、患者が回答^{レボンス}を与えてくれるとしても、それはランガージュにしかよらないので、絶対的診断しか構成できない。

神経病理学でも、確かに医師はその権力の一部を患者に移譲せざるをえない。なぜなら、そこでは臨床医学に比較して、患者には大量の命令が出されるからだ――「歩いてごらんない、手足を伸ばしてごらんない、話してみなさい、これを読んでください、書いてみてください、等々」。そして、患者はできない振りをして、抵抗することができる。だが、身体の反応レヴェルでの行動の解釈は、「患者が、反応するよう言われたとおりに反応しているか、その反応の質、その反応の自然、どの程度までその反応は意志の介入によってごまかされているか、あるいはないかを見せてくれる」。したがって、たとえば構語障害タイプの失語症と緘黙症の区別が今や完全に可能になる。構語障害では、「語ることの不可能性には、「……」常に「……」身振り手まねや書き言葉等々における表現の欠損が伴っている」が、緘黙症の患者にはそれが見られないからである。あるいは、ある患者の歩行困難が、脊髄癆によるのか、小脳の腫瘍によるのか、酩酊によるのかを、たとえばよるめき方の違いのような身体の示差的反応は明確に区別させ

てくれる。したがって、神経病理学では、手放した医師の権力は、患者の身体的反応レゾンスの解説において回復される。患者の行動の臨床的所見において、患者の意志が捕獲できる。医師は、患者に騙される危険なしに、患者の反応レゾンスに基づいて鑑別診断を実行できる。もはや《現実性のテスト》は必要ではない。結局、神経病理学は患者にこう語るのだ——「私の命令に従いなさい、だが何も言うには及ばない、君の身体が応えてくれるから、そして私だけが、医師なので、その反応レゾンスの真実性を解説し分析することができるのだ」。

この神経病理学における医師—患者関係が、神経病理学の治療装置が、神経症を、したがってヒステリーを、固有の局在化しうる《座》を持たない感覚的・運動的《機能障害》として攻略することになる。というのも、神経病理学は、これらの疾患を器質的疾患に隣接する位置に置いて、「解剖学的損傷のある神経学的障害と」、《神経症》と言われるこれらの「機能的」障害との間の「鑑別診断を行うことができるからである。突然、それまでは厄介で手に余る、したがっていかかわしいものだった神経症は、「病理学的聖別」を得る。ヒステリー患者は神経病理学の治療装置に組み込まれる。ということは、医学的権力とヒステリーの権力との、新たな戦闘が開始されるということだ。⁽⁶⁰⁾

この戦闘はいかなるプロセスを辿って、いかなる帰結を迎えたのか。

一、症候学的シナリオの組織化。「ヒステリー」が器質的疾患と同じ平面に位置しうるには、鑑別診断に属する真の疾患であるためには、言い換えれば、医師が真の医師であるためには、ヒステリーは安定した症候学を呈示しなければならぬ。「症状のこの規則性・安定性は、一つの形式で生み出される必要がある。第一に、「症状の恒常性」。「いかなるヒステリーにも見出される現象」が必要である、たとえば、視野狭窄、無痛覚症、関節周辺部の攣縮。第二に、ヒステリー発作の「癲癇モデルによるコード化」、シャルコーは発作の規則的な四つの段階を認めている——「一、癲癇性発作、これはさらに、三つの局面に下位分割される、(a)硬直期、(b)間代期(四肢と身体全体が短く急速

に痙攣する)、(c) 解除期、二、体の振れと大きな動き、三、情動的態度(患者は幻覚に支配されて表現的な身振り手振りをまじえて、自分が主役を演じている波乱万丈のドラマを提示する)、四、終末期(患者の覚醒⁽⁶¹⁾)。このシナリオの構成には、医師と患者双方の利得が伏在している。一方で、患者がこうした恒常的で規則的な症候を与えてくれるならば、医師は安心して医師であることができる、言い換えれば、医師は症候の現動化を求めざるをえないという「事実」を消去し、精神医学の《現実性のテスト》を支配していた患者との決闘に立ち入らないですむ。他方患者の方でも、医師の暗黙の要請に肯定的な回答^レ―反応^スを返すことによって、もはや狂人でも詐病者でもなく病人である権利を獲得することができる。だが、注意しなければならぬのが、ここで優越的立場に立っているのは、医師ではない。なぜなら、患者が万一求められている症候を拒めば、医師はたちまち、絶対的診断に逆戻りして、目の前にあるのは《狂気か否か》を語らねばならない立場に負い込まれるからだ。実際シャルコーは、上記の症候が、「ヒステリーでは恒常的だが、「……」しばしば全部が見出されるわけではなく、またどれも見出されないこともある」のを認めている。したがって、神経病理学者が医師として行動できるか否かは、実は患者次第なのだ。患者が医師の求める症候を与える限りで、医師は医師として聖別される、と同時に、患者自身もまた病者として聖別される。したがって、実際にはここでも《現実性のテスト》は、馴れ合いの内で隠蔽されつつ実行されている。その上このゲームでは、患者は症候を与えることによって、疾患の快楽に一目散に突っ走ることできる。だから患者は「求められる以上に」症候を与えた。シャルコーのある患者は、一五年間規則的に同じ症候(左の半無痛覚症状)を与えつづけたし、別の患者は十三日間に四五〇六回の発作を、そして数ヶ月後には一四日間に一七〇八三回の発作を与えた。

二、《機能的人体模型》の操作。だが、医師にとつては、こうした過剰な回答^レ―反応^スはコントロールの枠を超えている。したがって、この過剰を回避する必要がある。催眠下での暗示はこうして神経病理学的装置に導入された⁽⁶²⁾。

つまり、催眠下にある患者が、医師の暗示に従って、医師の望む時に、医師の望む特定の症候（ある筋肉の麻痺、失語、痙攣、等々）だけを発動するようにさせるのである。だが、これが新たな困難を生み出す。なぜなら、もし催眠下で医師が患者に、「あなたは歩けない、あなたは話せない、等々」と言って、実際に患者が麻痺や失語を提示するのなら、「それは果たして疾患なのか」、それは身体の反応ではなく、単に暗示の結果にすぎないのではないのか。したがって、医師は催眠下で生み出される症候が「自然な反応」であることを証明しなければならない。催眠下で生み出される障害と同じ障害を、催眠と暗示のない自然な状態で提示するような患者が必要になる。ところで、幸いにしてシャルコーにはそのような患者がいた。一九世紀後半は、労働災害や鉄道事故に関わるさまざまな問題（鑑定・補償・労働無能力性の決定）が重要なものになった時代だった。病院には、保険で支払われるこれらの事故や災害の犠牲者という新たな患者のカテゴリーが出現する。言い換えれば、けがや病気が場合によっては患者にとって利益を生む時代がきたのである。実際、この新たなカテゴリーの患者の中には、「解剖学的に割り当てられる支えのない、麻痺や無痛覚、攣縮、苦痛、痙攣、等々」を呈示する人々が見出された。彼等を犠牲者と認定して、保険で補償すべきなのか、それとも詐病者と見做すべきなのか、解決すべき緊急の課題となる。ここで利用されたのが、ヒステリー患者だった。もし催眠下で暗示をかけられたヒステリー患者が、これらの患者と同じ症状を示すなら、これらの患者は「ヒステリー患者と同じ疾患である」（外傷性ヒステリー）、だがそうでないなら、彼等は詐病者だということになる。これは、誰にとっても損のない解決だった。まず患者にとって、だが保険会社にとっても、なぜなら、詐病でないなら、幾らかは支払わねばならないが、それは「真の損傷があった場合と同じ」というわけではないからだ。医師も得をする、「なぜなら、ヒステリー患者を機能的人体模型として利用するので」、医師は今や「器質的／力動的／詐病という二重の鑑別診断」を行うことができるからである。だが、ヒステリー患者も得をする、なぜなら、損傷を持

たない「《力動的》疾患を正当化する機能的な人体模型の役割を果たす」ことによって、ヒステリーに向けられたこの新たな詐病の嫌疑を晴らすことができるからだ。だが、ここでも再び優位に立っているのは、実はヒステリー患者である。なぜなら、彼女たちがいなければ、医師は、災害や事故を利用して幾らか儲けようとしている詐病者の罠を逃れることができないからである。神経病理学で《真実》の審級を構成しているのは、医師ではない、ヒステリー患者なのだ。

三、外傷性障害。だが、ここでまた新たな困難が生じる。と言うのも、ヒステリー患者がこれほど従順に医師の命ずるままにどんな症状でも再現するなら、結局それこそ、ヒステリーが医師によって作られた疾患であることの証拠ではないのか。したがって医師は、ヒステリーの現象と外傷性機能障害の現象とを共に説明しうる病理を発見しなければならぬ。この二つの現象を同時に説明する病因論が必要になる。そこでシャルコーは、《外傷性暗示》のメカニスムに到達する。⁽⁶³⁾《外傷性障害》は、何か暴力的な出来事や恐ろしい体験によって引き起こされた長期的な一種の催眠状態である。《外傷》となる事件の結果、患者にはある固定観念が生まれて、恒常的な暗示として機能し始める。たとえば、一八八五年シャルコーの下に送り込まれた二九才の使い走りの小僧は、馬車にはねられて気絶する直前、車輪が体の上を通ったのを感じたと思う。息を吹き返した彼の脚は、いかなる損傷もないのに、麻痺してしまっていた。この場合、「車輪が体の上を通った」という思い込みが、催眠下の暗示として働いて、麻痺を引き起こしているのである。したがって、催眠下で生み出されるヒステリー現象と、外傷性ヒステリー現象とは、《外傷性障害》において合致する。したがって、今後は《外傷》を求めねばならない。ヒステリー患者が真にヒステリー患者であるなら、そこには恒常的に現動化されている《外傷》的な出来事があるはずである。医師は患者に求めることになる——「あなたの外傷は何か、あなたの外傷的な出来事を語りなさい」。そして患者はここでも従順に、積極的に、そして過剰

に医師に答える。自己の生涯を、性生活を、ありったけ彼に与える。「患者は多くの発作を供給していたし、その症候的表面は、一般的シナリオは、シャルコーが課した規則に従っていたが、言わばこのシナリオに隠れて、彼女たちはその個人的生全体を、その性的欲望全体を、そのあらゆる記憶を投げ込んでいた、彼女たちは自己の性的欲望を再現動化していた、それも病院のまさに内部で、インターンや医師たちとともに。」シャルコーの弟子たちの臨床所見には、ヒステリー患者が発作において演じるドラマの、淫蕩で猥褻な演技の記述が溢れている。たとえば、『セリーナ・Mは注意を凝らし、誰かに気づくと、頭で来るように合図をし、両腕を広げ、まるで空想上の存在を抱きしめるかのように腕を近づける。表情はまず不満足、失望を、ついで、突然変化して、幸福を表す。このとき、腹の運動が観察される。両足が屈曲する、Mはベッドの上に落ちて、また間代的な動きを行う。素早い動きで、彼女は体をベッドの右側にもって行き、頭を枕に乗せる。顔が充血し、ぐるっと体の向きを変えて、右の頬が枕に当たる、顔はベッドの右側を向き、患者は高く上がった尻を見せる、下肢は曲がっている。しばらくたつと、猥褻な姿勢を保ちながら、Mは骨盤を動かす。次に立ちあがり、大きな間代的動きをする。最後に、顎め面をし、頭と右手で合図する。表情の動きから判断するに、多様な場面に立会い、順々に好ましい感情と辛い感情を味わっているように見える。突然、体をベッドの真ん中に置きなおし、少し体を持ち上げて、右手で、*mea culpa*の仕草をし、それに振じれと顎め面が続く。それから鋭い叫びを漏らす、「おやまあ!」微笑し、淫蕩な感じで眺め、座り、エルネストを見たらしく、言う、「でもさあいらっしやいよ!さあおいでよ!」』医師が患者に病因として『外傷』を与えるなら、患者は反対贈与として過剰な性的欲望^{セクシュアリティ}で応えるのだ。主権者から無一物の状態に転落したジョージ三世が、その身体から出た物で医学的権力に歯向かったように、ヒステリー患者もまた、その身体自体で、医師に応え、挑戦しているのである。だが、彼女たちはジョージ三世以上にうまく立ち回っている。なぜなら、それはシャルコーをジレンマに追い込むからであ

る。彼には身体レのこの回答―反応ズを妨げることができなかったが、また認めることもできなかった。ヒステリーのこの猥褻で性的な側面もまた、ヒステリーから疾患の資格を剝奪するものだったからである。したがって、これを認めれば、シャルコーが築き上げてきた、ヒステリーを神経病理学の対象とするという作業全体が崩壊してしまうことになる。だから、シャルコーは、制圧も承認もできない患者のこの反乱を否認した、「私の知る限り、淫蕩さがヒステリーで常に働いているとは思えない、反対のことを納得してさえている」と彼は語るのである。だが、彼は知っていた。一八八五年から一八八六年にかけて、シャルコーの下で研修していたフロイトは、シャルコー宅のある晩餐の席で、耳を疑う言葉を聞く、「ああ、ヒステリーか、誰でも知っているよ、問題は性的欲望セクシュアリティだ64」。フロイトは内心叫ぶ、「だが、知っているなら、なぜ言わないんだ65」。こうして、ヒステリー患者はついに勝利した、彼女たちが神経病理学的身体に代置したこの性的身体に対し、医師は、もはやなすすべもなく、目を背けることしかできなかったからである。65

だが、戦いは続く、なぜなら、周知のようにこの性的身体は再び、精神分析によって、だがまた医学や精神医学によっても、攻略の対象となるからである。

七、新たな狂気意識を求めて——反精神医学

こうして、フーコーによれば言わば《精神医学のバストゥール革命66》と呼んでいいものが成立する。細菌の発見は、自分が戦っているつもり**の**病気の原因を撒き散らしているのは、実は、回診し、触診する医師自身であることを明らかにした。同様に、ヒステリー患者の反乱は、シャルコーが記述しているヒステリー発作を生み出しているのは、実

は彼自身ではないのかという疑惑を、やがては確信を生み出したからである。「シャルコーの死後、シャルコー流のヒステリーの全体系は崩壊した。『大ヒステリー』と呼ばれた想像上の器質的疾患は「……」暗示による人工産物以外の何ものでもないことが分かった。」⁽⁶⁷⁾そこから、真の意味での《近代的精神医学》が、言い換えれば、さまざまな反精神医学の試みが、出現する。⁽⁶⁸⁾

だが、シャルコーの敗北を、精神医学の些細な認識論的躓きと見做すべきではない、とフーコーは主張している。なぜなら、この出来事は、「現実の手先―動因^{ア・シヤ}」となりうるために、真実を保持していると自称して、精神医学の実践の内部で、狂気にある真実とは何かという問いを措定することを退けていた」精神医学の権力に対して、患者自身が「症状の中で語っているものの真実に関する問い」を、力づくで押し付けた出来事だったからである。したがって、実際にはこの出来事にこそ、「最初の脱精神医学」の企てがある、彼女たちこそが、「反精神医学の真の闘士である」⁽⁶⁹⁾、とフーコーはこの出来事を評価している。⁽⁷⁰⁾

シャルコーの敗北以後、精神医学に付き付けられた《ノン》に、フーコーは二つの異なる動きを区別している。一方にあるのは、《反》というより《脱》精神医学的な試み、つまり、精神疾患を精神医学から解放し、医学的権力を、シャルコーのように疾患の生産のためにではなく、治療の有効性のためにのみ用いようとする動きである。

その一つが、ババンスキーのシャルコー批判⁽⁷¹⁾に始まり、二〇世紀を通じて精神外科と精神薬理学の方向で発達した形式、すなわち、「診断と治療、疾患の本性の認識とその明示の除去を、直接連接させる」形式である。ここではもはや治癒させることは問題にはならない、《狂気》が姿を隠し、単に症状が現れなくなることが重要なのだ。したがって、もはや収監の必要はなくなる、仮に収監が必要だとしても、黙らせることは容易だ。「病院は沈黙した場になり、医学的権力の形式は、そのより厳密なものにおいては維持されるが、狂気それ自体と出会ったり対決したりする

には及ばない。」つまり、患者は医師の權威の下で、診断され、自己の狂気を命名され、医師の命令に従って治療と処方を受ける。権力関係は変わらないが、医師の権力は、光る眼鏡の下に隠れて、より一層匿名になる。薬の臭いし(72)かしい、無菌状態の清潔な医学的権力が支配する精神病院だ。(73)

もう一つの脱精神医学の企てとしてフーコーが位置付けるのが、精神分析である。ここでも、精神病院の空間に付き物だったあらゆる効果が、医師―患者関係から排除される。患者はもはや隔離されない、医師は秩序と道徳の体現者として、自己の正しい意志によって、患者の狂気を制圧しようとはしない、叱責や励ましも、処罰と褒賞も、規律もない、言い換えれば、患者は医師に迎合し、その暗黙の求めに応じて自己の狂気を生産して、結果的に医師を畏にかける必要もない。医師と患者の関係は、《狂気》の真実の生産に、そのみに備給され、決してそこから逸脱しないようにコントロールされる。患者がしなければならぬのは、彼自身のパロールを通して、自己の《狂気》の真実に到達することである。医師は言う、《もう医師を騙したと言って自慢したりはできませんよ、なぜなら、あなたはもはや聞かれた問いに答えるわけではないからです、私があなたに求めるのはたった一つ、思い浮かぶことを実際に語る、ということだけです、あなたは思い付くことを言うのですし、それについて私がどう思うかと聞く必要さえありません、それに、もしこの規則に違反して、私を騙そうとしたところで、現実には私は騙されません、それどころか、畏に嵌るのはあなたの方です、なぜなら、あなたは、自己の狂気の真実の生産を邪魔して、何回かの面接で私に支払わねばならない金額を増大させるだけなんですからね。》「したがって、精神分析は、精神病院空間の外に退いて、精神医学の過剰権力の逆説的效果を消去するのだが、『狂気の』真実を生み出す医学権力は整備された空間で再構成されるので、この生産は相変わらずこの権力と適合している。」(74)言い換えれば、精神分析でも、医師―患者間の権力関係は存続している。《狂気》は、依然として医師の権力に媒介されなければ、医師との権力関係に疎外されなければ

ば、自己の真実に到達することはできないのである。⁽⁷⁵⁾

おそらくここで、『要綱』では言及されていない、二〇世紀に生み出された精神医学自身の『脱』精神医学の動きも、一瞥すべきだろう。精神医学から生じた精神病院制度の批判は、ジャック・ラグランジュによれば、フランスでは二つの形式を取った。⁽⁷⁶⁾

第一は、一九三〇年代「ママ、二〇年代の誤りではないかと思われる」に生まれたエドゥアル・トゥールーズを中心とする批判的潮流で、「精神疾患」の概念を、特定の法的・行政的条件に従う精神病院への収監という概念から切り離す」ために、「精神病院の組織化をいかに変化させれば、精神的・個人的治療により大きな部分を割くことができるか」を考える。この運動は、患者の引き受け方の多様化（外来専用の無料診療所、法的手続きによらずに患者を受け入れる開放病棟、自宅訪問）や治療後の監視計画（治療後の宿泊施設、デイ・ホスピタル）を、また「精神病院の精神医学の牙城」だったサン・タンヌへの外来病棟の設置（一九二三年、一九二六年に（トゥールーズを援助した上院議員の名を冠した）アンリ・ルーセル病院になる）を生み、一九三七年一〇月一三日の公衆衛生大臣マルセル・リュカールの、結核対策診療所での精神科（無料）診療の開設を認可する回状によって公式に認可される。

第二の潮流は、四〇年代に、ロゼール県立サン・タルバン病院長だったポール・バルヴェの報告から始まる。⁽⁷⁷⁾ サン・タルバンを模範として、精神病院構造の根源的変革を企てる人々は、「精神病院は、単に精神異常者の病院ではなく、『社会秩序を乱すものを排除するという社会秩序の原理と慣習に適う秩序において』構成されている以上、それ自体が『疎外されて』と考える。この潮流を代表する精神医学者リュシアン・ボナフェの『脱疎外主義』は、精神病院の疎外主義（「差別化の手続きや排除行動との共犯関係」）を告発し、また、精神病院の病原的性格（長期入院は疾患の慢性化を引き起こす）を指摘して、「より柔軟で医学的モデルからより遠ざかった新たな介入様態の創出」

を検討する。つまり、一方では、「精神医学的介入を「……」《治療的視野に全面的に開かれた活動》にする」ために、「隔離環境を真の治療道具に変形しようとする配慮を明示し」、また他方では、「治療者であり看守である《精神医学者という人物》を、精神疾患者と社会の真の媒介となるもので置き換え」、「精神医学が主人である場を去って、家庭、学校、等々、必要が生まれるところに行き、人口を代表する制度と連携し、《その責任において、ユーザーという、新疎外主義の制度的言説には不在なものを復元する》」ことを目指したのである。一九四五年三月、ボナフェ、アンリ・エー、ジョルジュ・ドーマゾン等レジスタンス出身の医師たちは精神科医師組合を結成し、改革の具体的実践に乗り出す。精神療法施設や（ショック療法・薬物治療・精神療法、等複数の治療手段を活用して早期社会復帰を図る）治療・社会復帰センターの試験的設立、看護士の任務の見直し、等を通して実績を挙げた（社会復帰率は五〇％から八〇／八五％に上昇した）この運動は、一九六〇年三月一五日の通達によって公式に認可され、初期段階での治療的介入・患者をその自然な環境に置くこと・一定の地理的範囲内での同一の医療福祉チームによるケアの継続を基本理念とする、フランス独自の治療モデルである《心療地区^{（79）}》精神医学（一定の人口を基準に区分けされた心療地区^{（80）}ごとの精神医療の推進）がスタートする。（後に、一九八五年七月二五日法が、セクター制度を国家制度化する。）こうして、精神病院は「共同体と直接連結した多くの装置の内の一要素でしかないもの」なる^{（78）}。

フーコーは講義においてこの二つの潮流に言及しながら、こうして「制度の事実・制度の働き・制度の批判から出発して、一方では、そこで行使されていた医学的権力の暴力を、他方ではこの医学的言説の想定される真実を一気にかき乱していた誤認効果を、明らかにする」^{（79）}制度批判は、「狂人を治癒させると同時に、彼等を疾患に閉じ込めないですむような働きをする制度はどのようなものか、「精神病院という」制度は、どうしたら、どんな病院とも同じように機能できるのだろうか、という問いを措定する」^{（80）}のだが、その問いは「本質的なものを欠いている」ゆえに不十

分であると指摘している。と言うのも、「〔精神病院と言う〕規律的制度―施設が実際に機能とし効果としているのは、〔……〕狂気の症候を削除することである」のに、その中で働く「精神医学の権力が機能としているのは、狂気を現実化すること」であるという逆説が、その問いではまったく問題にされていないからである。精神病院であろうがなかろうが、《疾患の現実化》を行う、言い換えれば、個人のある言動を《疾患》として存在させる所にはすべて、精神医学の権力が働いている、とフーコーは考えるのである。

したがって、これらの批判的潮流には、「そのものとしての精神医学の権力という問題の定式化は見られない」⁽⁸²⁾。フーコーはいくつかの対談でその理由を次のように指摘している。第一に政治的理由——「大雑把に言うと、左翼の精神医学者たちは、政治的状況のために閉塞されていた、あの状況では、結局、この「権力の」問題が指定されることはまったく望ましくなかったんだ、ソ連で起こっていたことのためだ——はつきり知っていたにせよいいにせよね」⁽⁸³⁾。第二にこの運動の同業組合主義的限界——「この精神医学者たちは公務員ですから、組合的防衛の用語で精神医学を問題にせざるをえなくなりました。こうして、この人たちは、能力や関心や多くのことに開かれた態度から精神医学の問題を指定することもできたのに、袋小路に導かれました」⁽⁸⁴⁾。つまり、《権力》の問題は、「一方で精神病院の管理責任者、他方で「公衆」衛生省の政治責任者」を相手にした、「病院施設の管理における医学の優先権」⁽⁸⁵⁾の問題にすりかえられたのである。さらにラグランジュは、大戦がもたらした緊急の課題（長期入院による疾患の慢性化や病院内の過剰人口）が《権力》の問いを遠ざけたこと、また、《脱疎外主義》の理論的限界、つまり、彼らは、治療の実践において「精神医学制度―施設がするとやっていることと実際にしていることとの矛盾を告発する」のだが、その批判は、「より柔軟な介入様式」を提起する時彼らが「設定した指標に従ってしか言表されていない」、だがたとえば、《ユーザー》という概念は、「公的サービスの領域での精神医学の権力の行使を維持する」以上、結局は

「権力の問題を隠蔽する効果がある」ことを指摘している。⁽⁸⁶⁾

こうして、精神薬理学と精神分析は、また精神医学内部から出て来た批判的《脱》精神医学の試みは、狂気を脱精神医学化するが、医師と患者の権力関係には手をつけない以上、《狂気》は依然としてこの権力関係からは解放されない、むしろ逆に、この権力関係が治療の有効性に専一的に備給されるという点で、《狂気》は「過剰な医療対象化」⁽⁸⁷⁾に服させられている。

《狂気》のこうした過剰な医療対象化の現実（おそろく、今日でもまだ）変化していない。S・H・V・ロドリゲスが編集したある記事の中で、フーコーは状況を次のように要約している、「忘れるわけにはいかないが、精神医学はまだ今日でも、精神疾患者に対する主要な介入形式である。何百万もの人々が、収監や神経遮断薬による治療に従っているが、精神分析を受けている人々は、教養あるあるいは知識的な非常に限られた圏域にいる。こうして精神分析は精神医学の空間を得るには至らず、今日の社会には両者が共存し、両者の間には帰属と診察の分割と相互の支え合いのシステムがある。」「……」⁽⁸⁸⁾さらに、いずれも純粋な精神医学と精神分析の間には、心理療法や心療地区^{セクタル}精神医学のような一連の治療的形式がある。」「心理療法と心療地区^{セクタル}精神医学に関しては、さらに別の所に以下のような発言がある。まず心理療法については、含みを残しつつも、否定的なニュアンスの濃い発言がなされている——「心理療法は多くの様々な実践を包含しています、あるものはいかさまでしかなく、あるものはより伝統的な精神医学の権力を私的なクライアントのレヴェルに応用したものです、全体的な幅は大きい、非常に面白い事態さえ存在する。この質問に対しては態度を決められませんか」⁽⁸⁹⁾他方、心療地区^{セクタル}精神医学については、その見かけ上の革新にもかかわらず存続する深層の問題に対する鋭い批判が突き付けられている——「我が国で、精神病院の壁の外で機能し、命令よりは必要に答える《心療地区^{セクタル}精神医学》という、患者の居場所を移し、隔離するのではなく、その場に、その環境

に置こうとする、多形的で随意的な開かれた精神医学が提起される時、おそらく準備されているのは、實際、精神病院の廃絶であろう。だが、一九世紀の精神医学と、またそれが起源以来抱いて来た夢と、絶縁はしているのだろうか。《心療地区^{セクダ}》とは、メンタルな医学を、至る所に現れていつでも介入できる公衆衛生として機能させる、より柔軟な別のやり方ではないのか。⁽⁹⁰⁾つまり、《心療地区精神医学》が精神病院の壁を破壊する時、生み出されるのは、街ぐらみ、地域ぐるみの精神病院化だ、ということだ。したがって、《精神医学のパストゥール革命》は、精神医学の権力を解体したわけではない。《狂気》が置かれている状況には、依然として医学的権力が貫徹しているのである。

七三年度の講義の《要綱》は、この《脱精神医学》と対立するもう一つの動きとして、六〇年代に現れた文字通りの意味での《反》精神医学の企てを取り上げて、スザツ、レイン（キングズリー・ホール）、クーパー（ヴィラ⁹¹）であるいはバザリアの試みの本質を、近代の狂気意識に対する根本的な異議申立てとして理解する必要を説いている。反精神医学は、精神病院の中から生まれて、精神病院制度を根本的に問い直した運動である。当然、その最大の標的は、「精神病院制度の働きの条件となり、そこに個人間の関係を配分し、医学的介入の諸形式を支配して⁽⁹¹⁾」いる、患者に対する医師の権力に据えられる。だが、そこで糾弾されるのは、もはや単に、患者の暴力的で非人間的な処遇の問題や、《力による狂気の制圧》などではない。その根本にある《狂気の医療対象化》それ自体が、問い質されている。言い換えれば、反精神医学が提起しているのは、《狂気》を精神疾患とはもはや見做さないこと、したがって、全く新たな狂気意識の確立である。たとえば、キングズリー・ホールでのレインの協力者であり、それが七〇年五月に閉鎖された後は、アーバース協会を創設して、その試みを続けたジョゼフ・バークは次のように語っている。

精神病とは一人の人間がそこを通り抜けることができ、そうすることによってこそ一層良くなることのできる一

つの体験である「……」。精神病とは、引き受けた現実から別の意識の状態に飛翔することであり、成人から幼児期への飛翔つまり退行であって、これは創造的な体験でありうるかもしれない「……」。ひとたび古い自己の崩壊過程が始まったら、この崩壊を完了することができるように、特別の手配をすべき「である」。この際、本質的に重要なことは、この崩壊が精神的にバラバラになってしまふ断片の時期を含め、情緒的再建の時期に至る周期的な出来事であるという洞察である。最初の時相は「陽性の崩壊」の相と呼ぶことができ、これが、後の誕生のために、人格の発展と統合のために欠くべからざる最初のステップなのである。「……」彼「レイン」はこの旅であらゆる外的関係から離れて時・空間の内界へと退却することだと見て「いる」「……」。最初の相は〈自身〉の中へと、〈あらゆるものごと〉の生まれる子宮（誕生前）の中へとさかのぼって行くことである。戻りは、内から外への、退行から進行への、宇宙的時間から現世的時間への、〈宇宙的豊潤化から実存的再誕へ〉の旅程である。⁽⁹²⁾

《狂気》とは、（レインとバークにとって）主体が古い自己を徹底的に解体して、新たな実存的主体として再生する、独自で創造的な経験である。したがって、必要なのは《治療》ではなく、《支援》である、《狂気》を医学から解放して、この解体と再生の《旅》が、「あらゆる外的関係」から護られつつ、《狂気》の主体自身によって遂行されるよう、見守り、必要なら手を貸すことである（そのために、レインやバークは、「人々が自己自身と出会い、」「……」己れの心の鼓動を聞き、そのリズムを明らかにすることができ」⁽⁹³⁾）ような空間として、キングズリー・ホールやアールズ・センターのような、精神病院とは異なる非医学的空間としての長期滞在共同体を用意した）。但し、すべての反精神医学運動がこれと同じ《狂気》意識を分有していたわけではない。⁽⁹⁴⁾ また、フーコーのレインの実験に対する

共感が全面的なものだったかどうかも疑問である。実際、彼は講義の中で、バークが、彼の愛情を試すために全身糞まみれで現れたメアリー・バーンズを洗ってやりながら、『ママの幽霊』という古い恐怖映画で「ママが沼地からスーッと浮かび上がってくるさま」を見る思いだったと語っているのを引き合いに出して、「現実には、彼は精神医学の歴史の原―場面を、つまりジョージ三世の物語を見る思いはしなかったのだ、まさしくそういうことだったのに」⁽⁹⁵⁾と皮肉っているからである。フーコーは、キングズリー・ホルの実験にも、医学的権力の臭いを嗅ぎ付けていたと言える。それでも、フーコーが反精神医学運動を高く評価するのは、この運動の根本にある、『狂気』を疾患とは見做さないという視点が、既に『狂気の歴史』における彼自身の視点でもあったからである。だが、この視点の共有は一瞬の交錯ではなく、フーコーと反精神医学運動とを同一の方向に歩ませるものだった。フーコーがこの運動を次のように要約して、問題の本質を明らかにする時、反精神医学の問題意識は講義におけるフーコーの問題意識と、はっきり重なり合うからである。

これらの権力関係に第一に含まれていたのは、狂気に対する非―狂気の絶対的権利だった。この権利は、無知に対して行使される有能さ、錯誤（幻想・幻覚・空想）を訂正する良識（現実へのアクセス）、無秩序と逸脱に課される規範性といった用語に転記される。この三重の権力―能力が狂気を科学的医学の可能的な認識対象として構成していた、疾患として構成していた、するとその時この疾患に冒された《主体―患者》は狂人として資格剥奪された――言い換えれば自己の疾患に関するいかなる権力もいかなる知も奪われたのである。「……」この権力関係の働きがある認識を成立させる、すると今度はこの認識がこの権力の諸権利を基礎付ける、これが《古典的》精神医学の特徴である。この円環を、反精神医学は解きほぐそうと企てている。つまり、個人に、経験において、自己の

狂気を最後まで導き、限界まで導く任務と権利を与える、他の者はこの経験に力を貸すことはできるが、それは決して彼らの理性や規範性が彼らに与える権力の名においてではない。行動や苦痛や欲望をそれらに与えられた医学的ステイタスから切り離し、単に医学的価値ではなく、決定と命令の価値をも持っていた診断と症候学からそれらを解放する。最後に、狂気 of 精神疾患への大いなる再書き込みを無効にする⁽⁹⁷⁾。

《狂気》の脱医療対象化、この企てが決してユートピア的なものではなく、医師の日々の実践に対して突き付けられている問題であることを、七三年度の講義の《要綱》は強調している。⁽⁹⁸⁾ 同じ問題意識は、七五年にサン・パウロで行われたある対談でも繰り返されている、「重要なことは、これらの問題「精神病者が現実の生活で遭遇する一連の問題」がもはや医学的権力によって再備給されないようにすることです、医学的権力はそれらの問題に医学的ステイタスを与えて、中和してしまうからです。現在フランスには、患者のグループがあつて——用語は曖昧なのですが、言わば、困難を、問題を抱えている人々——と呼ばれていましたが、小さな共同体を形成して、《調整者》という外部の人々の助けを求めつつ、互いに支え合つて、自分の問題を解決しようとしています。彼等が自身の問題を自己管理するのです。⁽⁹⁹⁾」

ところで、明らかに《反精神医学》に与するこれらの関心と発言の背後には、当時のフランスで、イギリスやアメリカから十年近く遅れて、反精神医学運動が急速に高まっていた、という事情もあった。上述した精神医学者自身による脱精神医学運動の限界を確認して、フーコーは、フランスに真の反精神医学運動が成立するには、「誰か《外部の》ものが必要だった」と語っている。⁽¹⁰⁰⁾ この《外部》が六八年五月とそれに続く社会——政治的状况だった。フーコー自身がこの状況の変化を証言して、「狂気・監禁・社会における規範化のプロセスといった問題は、特に極左の環境

では決り文句になりました⁽⁸²⁾と語っている。その間の動きを纏めているラグランジュの記述⁽⁸³⁾によれば、六八年以降フランスには、「個人の精神的健康状態を決定するという、医師が所有する権力を問い直し、精神医学の《イデオロギー》と諸構造から解放された、狂気の異なるタイプの受け入れを成立させようとする、新たな政治的行動主義」が台頭した。彼等は「精神医学者が公的な委任〔例、収監〕を行使する限りである機能を引き受けるようにさせている国家と精神医学のこの結託を告発」した。そこから、フーコーが七五年度の講義『社会を防衛しなければならぬ』の冒頭で《従属した知の反乱》と呼んだもの⁽⁸⁴⁾、つまり理論的・階層的に劣った知として資格剥奪されている知の反乱が起こる。まず若い精神医学者たちによって担われたこの運動は、一方では、旧世代の運動とは異なり、同業組合主義的というよりは政治的な立場を取り、極左勢力と結びついて《階級的精神医学》を標的にした戦いを進める。他方では、医師―看護士―患者〔精神医療の対象とされた人々⁽⁸⁵⁾〕の間に新たな同盟が結成され、そこから一九七二年にはフーコーのGIP（監獄情報グループ）をモデルにしたGIA（精神病院情報グループ）が創設され、精神衛生の当事者や患者に発言の機会が与えられる。そして七四年には、精神医学・神経学大会（オセール）で、「自らの実践と知を隠蔽している医学的後見から解放されて、精神医学の《制度―施設》⁽⁸⁶⁾によって周辺化されている社会的・政治的分力を自己の看護実践に統合しようとする看護士たちの運動」が展開され、反大会報告『精神医学の看護士は発言する』が公刊される。旧世代の運動が、制度的構造と患者の処遇の改革は求めるが、「精神障害は専門的能力を援用して治療されねばならない」として、医学的権力を手放そうとはしなかったのに対して、この遅れて来たフランスの反精神医学運動は、この《専門的能力》こそ精神医学の《権力》を合法化しているものであることを告発して、患者の抱えている問題は技術的に解決されるべきものではなく、決定権は患者自身にこそあることを強く訴えたのである。フーコーが、まさに講義と同時期に展開されていたこれらの運動に、全面的に共感していたことは、「反精神医学の

重要性は、医師がもっている、個人の精神状態を決定するあの権力、医師のあの確信を疑問視しているという事実にある⁽¹⁸⁾という発言にもはっきり読みとれる。他方、精神医学の側も、もちろんこの《精神医学殺し》に黙ってはいなかった。たとえば、フランス精神医学界の重鎮アンリ・エーは、早くも一九六九年一月にトゥールーズで開催された《精神医学の進歩》学会全体を挙げて、『狂気の歴史』のイデオロギー性を弾劾し、フーコーに公開討論を挑んでいる。七三―七四年度の講義で行われた精神医学の権力の批判的分析は、文字通りの精神医学の権力に向けられた《従属した知の反乱》に対する、フーコーの連帯行動であったと言うことができる。

八、再び、精神医学の権力

フーコーによる精神医学の批判は次の三点に集約できるように思う。第一に、個人の精神状態を疾患の現実として決定し、医療の対象とすることに存在する権力、第二に、治療が持っている規律的機能、そして最後に、まったく新たな《狂気》経験の可能性の提起である。

フーコーの講義から三〇年が経過し、精神の医学は多大の進歩を遂げたように見える。ヒトゲノムの解説は統合失調症や躁鬱病を引き起こす遺伝子（群）の所在を突き止めようとしている。神経伝達物質の発見と向精神薬の開発は、統合失調症や鬱病が器質的疾患である可能性を示唆している。また、神経病理学は統合失調症の器質的病因を見出したと考えている（統合失調症患者の脳室は障害の程度に応じて拡大していることが、脳画像によって確認できる、また剖検から、統合失調症患者の脳のある領域で、ニューロンの配列が乱れているのが発見されたが、それは胎児の発達期間に起こるもので、疾患の結果ではないと結論しうる、言い換えれば、精神疾患は、遺伝性疾患でない場合

でも、子宮内での非遺伝的変容と出産時外傷が脳の発達に損傷を与えるならば、その結果として発生すると考えることができる⁽¹⁰⁶⁾。これらの知見は、『狂気』が明らかに『疾患』であり、したがって医療対象化されるべきものであることを、証明してはいないか。言い換えれば、個人の精神状態を疾患として判定する精神医学の権力は、彼の身体的状態を疾患として判定する臨床医学の権力と同様に、『医学的知』に裏付けられた正当な権力行使の枠内にあると言えるのではないのか。しかも、これらの知見と治療手段の進歩によって、『精神疾患』の相貌が大きく変化し、今や誰でも、精神疾患にかかっていることを恥じたり恐れたりせず、堂々と診療を受けることができるようになったのだから、精神医学の権力は（過去に色々問題はあったにせよ）、結局、そして今日では、良い権力だと言えるのではないか。

だが、幾つかの疑問が存在する。第一に、精神疾患は統合失調症と躁鬱病だけに限られるわけではない。一方で、日常的な不安や悲哀、強迫的行動特性、人格的未成熟を特徴とする神経症的疾患が存在するが、これらの『疾患』は、遺伝的痕跡が見出されず、神経伝達物質とも無関係であり、環境の変化や人格的成熟がそれを消滅させる可能性がある⁽¹⁰⁷⁾ので、実際には疾患なのかどうかもはっきりしないものである。また他方で、実際には、『疾患』の数は常に増大している。たとえば、アメリカ精神医学会が、精神障害の正確な鑑別診断の規範として一九五二年に刊行した『精神障害の診断—統計マニュアル（DSM）』は、以後四回改訂されて、一九九四年に『DSM—IV』が公刊されるが、改訂のたびに、収録される精神障害の数が増加している（Ⅱの一八〇から、Ⅲの二六五、Ⅲ—Rの二九二、Ⅳの二九七）。しかも、この変動は、DSMの作成状況を見ると、必ずしも『医学的』知見に基づいているとは言えない⁽¹⁰⁸⁾。たとえば、PTSD（外傷後ストレス障害）は、ヴェトナム帰還兵を支援するグループの圧力で、Ⅲから採用された（なお、DSMに収録されて以降、PTSDの該当者とされる人々が、加害記憶の後遺症に苦しむ人々から、逆に

(特に性的) 虐待の被害記憶に苦しむ人々に移行していくが、ここでもそれに貢献したのは、女性市民運動である)。逆にⅡまで「性的倒錯」の項目に含まれていた同性愛が、Ⅲで削除されたのは、ゲイ解放運動が同性愛に対する社会の目を変化させたからである(Ⅲは、まだEDH(自我違和的な同性愛)を残して抵抗していたが、Ⅲ—Rではそれも削除される)。同様にフェミニスト・グループは、Ⅲの改訂時に新たに出現したMPD(マゾヒスティック・パーソナリティ障害)(後にSDPD(自己敗北型人格障害)に変更される)、PMS(月経前不機嫌症)の削除を求める。SDPDとPMSはSPD(サディズム性パーソナリティ障害)とともにⅢ—Rでは特別附録に入れられ、Ⅳでは削除される。したがって、大多数の疾患あるいは精神障害と言われるものは、鑑別診断の対象となりうる前に、まず絶対的診断の対象とならねばならないのだが、その絶対的診断は、しばしば、医学と医学外的な集団との力関係によって、決定されている。

第二に、疾患の数が増大すれば、それまで疾患ではなかった行動や精神状態が、医療対象化され、したがって、障害者ではなかった人々が障害者にされることになる。だが、これらの新たに認定された(そして、中には極めて短命だったものもある)《精神障害》は、現実に《障害》であると言えるのか。「これらの「PTSDの」被害者の苦痛を認めることは重要だが、暴行、虐待、いやがらせに対する特徴的な反応を精神障害の症状と決めてしまうのは、飛躍しすぎと言わざるをえない」⁽¹⁰⁸⁾のではあるまいか。同様に、フェミニスト・グループがMPDの削除を求めたのも、ドメスティック・ヴァイオレンス(DV)の犠牲になった「女性たちは、まさにMPDが定義する性格特徴を示す」が、それを根拠に「DVの犠牲者たちが精神の障害と見做されて、『虐待を助長している』、『虐待をでっち上げている』と非難されることになる」ならば、単に問題の所在を隠蔽するだけでなく、そうした隠蔽行為が「科学の衣装をまとい」⁽¹⁰⁹⁾てなされている」結果、隠蔽行為そのものをも隠蔽することになるからである。同様の問題は、疾患や障害の閾値

が低下しているという事実からも指摘できる。ここでもたとえば、ADD（多動性注意欠陥障害）やアスペルガー症候群といった新たな障害が認定されつづけているが、その結果、かつてはありふれた子供だったものが障害児になっている。また鬱病の境界が拡大されている。かつての鬱病は、自己嫌悪、希死念慮、気分の荒涼、楽しみを味わえない、と言ったものを症状としていたが、現在では、食欲不振・睡眠障害を伴う気分の変調も鬱病と診断されることがある。また多様な（妄想性・分裂病質・分裂病型・境界例・自己愛性・反社会性・ヒステリー性・演技性・強迫性・回避性・依存性）《人格障害》が認定されているが、こうした性格特性を《障害》と認定すれば、不愉快な性格や他人に迷惑をかける行動があれば、誰でも障害者になることができるわけである。⁽¹⁰⁾さらには、対人関係の困難や職場での不適応、学業や職業面でのスランプのような、閾値下の症状を病理学化することも行われている。だが、なかなか論文が書けない学生やリストラに怯える被雇用者が必要としているのは、はたして医学的治療なのか。生物学的精神医学に与する立場からさえ、こうした事態は、「精神疾患の概念を意味がなくなるまで薄めること」でしかないが、その結果、「内因性鬱病から悲哀まで、あるいは精神分裂病から奇抜さまでの症状の連続性において、病的なことから遠ざかり平凡なことへと、精神医学は病理の境界を絶えず右翼の方に押しやっている」と、警鐘が鳴らされている。⁽¹¹⁾言い換えれば、精神医学は今日、《狂気》を薄めつつ拡散している。その結果、生きて行く上で出会う様々な出来事に対する自然な反応や、誇張されてはいるがふれた性格特性や行動特性にすぎないものが、《医学》の名の下に、次々に現実の疾患として存在させられ、医療対象化され、したがって没規範的な―異常なもの領域に追いやられていく。ここにこそ、精神医学の臨床医学との根本的な差異があり、フーコーが批判した精神医学の権力の執拗な存続があると言わねばならない。⁽¹²⁾

したがって、《過剰な医療対象化》には、現実には二つの側面がある。一方で、統合失調症患者や躁鬱病患者と見

做された人々が、その「行動や苦痛や欲望」を症状と規定されて、向精神薬によって薬漬けにされている。他方で、精神疾患や精神障害の間口を拡大することによって、ますます多くの人が精神医学の医療の対象になっている。そこには、もちろん幾つかの要因がある。

まず、経済的な要因。一方で、精神医学者は、現在、パラメディカルなスタッフ（ソーシャル・ワーカー、臨床心理士、作業療法士、等々）との競合関係におかれている。この状況で、カウンセリングの対象領域を拡大し、また特に、医師をこれらのスタッフから差別化している処方箋の発行を必要とする領野を独占・拡大・創出することは、有効な手段である。他方で、精神疾患や精神障害の間口が広がることは、言うまでもなく製薬会社にとって、歓迎すべき事態である。したがって、それまではほとんど知覚されなかった障害が、それに対する治療法を製薬会社が提起すると、《障害》として独り立ちする、ということも起こる。たとえば、DSM―IIでは「不安神経症」に含まれていたパニック症状が、DSM―IIIで《パニック障害》として独立した。その翌年、アップジョン社がこの障害に有効な新しいベンゾジアゼピン系製剤ザナックスを発売し、広範なフィールド・テストの資金を提供する。その結果、「一九九〇年代始めまでにザナックスは「……」精神医学における最新薬の一つになった。内部の者たちは、パニックを冗談めかして『アップジョン病』と呼んでいた。⁽¹³⁾」

だが、より重要なのは、社会的要因である。実際、患者自身が生活上の多様なストレスから、《障害》に逃避しようとする傾向が存在する。たとえば、落ち着きなく動き回り、授業に集中できないので、学力も低く、学校に適応できないし、学校としても迷惑に思う子供は、ADDと診断されれば、もはや「悪い子」ではなく「病氣の子」になることができる。言い換えれば、精神障害の間口の拡大は、規律の残滓を漉し取る精神医学の網の目がより細くなったことを、またその背後で社会の規律的装置がますます多くの残滓を生産するようになったことを意味している。し

かも、この傾向は今後より加速化されることになるだろう。リッカルド・ペトレラは、八〇年代から顕著になった経済のグローバル化の「五つのコンセプト」を、次のように列挙している。⁽¹¹⁾ 一、個人の優位性。「ルールは、個人が他者との関わりの中で作っていく。」「……」社会の調整は「……」個人の『内にある』原理をもとに、契約と合意によって下から定められる横型の調整となる」。二、市場の自己調整能力。「市場は資源の割り当てや分配に関し、個人間に（価格を通じて）常に調節される合意点を見出すことを可能にする」。三、市場の本来的に公正な性格。「すべての個人に競争への参入を可能にする市場社会は、個人が自己責任を負い、自主性と創造性によって自らの福祉を確保する道を開く。」だが、「こうした考え方では、個人責任の原理が重視される。」「……」その点で中心的役割を与えられるのが、初期教育と生涯教育である。」「……」情報・知識・適応能力といった面で適切な武器を獲得しなければ、競争力を保ち続けることはできない。」「……」学校での競争を通して最大の利益を引き出して行くのは個人の問題である。」「……」主に個人の才能と努力に起因する正当な不平等が存在する「……」、教育制度はますます社会淘汰の役に立つものでなければならぬ」。四、私企業の優位。「競合する取引を最善の形で調節し、世界市場でコストと利潤のもっとも公正な再分配を可能にする組織は私企業」である。五、使い捨て社会。「資本が価値の源泉であり、人間を含むあらゆる有形無形の財やサービスの価値を計る物差し」である。したがって、『人材』という目で見られなくなった個人は、『収益性』を失ってしまえば『価値』がなくなる。」「……」目移りする社会、使い捨てる社会、ごみを吐く社会は、この考え方に立って自らを『正当化』する。」このようなコンセプトに基づいて動いている社会が、社会的弱者（単に子供・老人・女性・障害者だけでなく、あらゆる意味での社会的不適応者）に対して苛酷な、また一度は適応できた者にとっても、適応し続けるために恒常的な強いストレスをかける社会、したがって、絶えず不適応者を生産し続け、暴力と犯罪と『精神障害』を多数生み出し続ける社会になる（すでにそうである）こ

とは、言を俟たない。だが、そこでこそ、社会全体に広がる規律的装置の一ピースとして、規律化できなかった残滓を再規律化するという精神医学の社会的―規律的機能は、ますます有効に働きうるはずだ。なぜなら、精神医学の規律的権力は、もはやルーレに代表されるような可視的な形式にはよらないで、薬物によって、個人の身体内部に、まさしく《脳の柔らかい繊維》に、直接働きかけるからである。

したがって、必要なのは、《違う世界》を思考―志向することではあるまいか。この点で、再びフーコーの言葉に耳を傾けることには意義がある。一九七三年五月にモントリオールで開かれたコロック《精神医学者を収監すべきか》に招かれたフーコーは、そこで行った報告《狂気の歴史と反精神医学》において、レインとクーパーの反精神医学に言及しながら、こう語っている。

問題は、狂気が生み出される空間の脱医学化です。「……」この脱医学化「では」「……」おそらくさらには、単なる認識論的切断以上のものが問題になっています。おそらく政治的革命という以上に、民族学的断絶という言い方で、問いを措定しなければならないのかもしれませんが。単に我々の経済システムや我々が現在もっている合理性の形式自体だけではなく、ギリシャ人以来歴史的に織りなされてきたような我々の広大な社会的合理性全体、おそらくそれが、医学的権力のコントロールなしに真実の吟味―試練となるような狂気の経験を、我々の社会のまさに中心で有効化することを嫌っているからです。⁽¹¹⁵⁾

ここでフーコーが提起しているのは、《狂気》を常に排除することによって成立してきたギリシャ以来数千年に亘る西欧の合理性から断絶して、新たな《狂気》の考え方を模索する必要性である。確かにそれは困難な作業である。

だが、障害や疾患には還元されえない《狂気》の真実を捉えようとする試みを通じて、《狂気》の主体と《非―狂気》の主体とが共に、以前には存在していなかったものになるうとする経験⁽¹⁶⁾を積み重ねていくことによってしか、新たな《狂気》の考え方は、したがって、違う合理性の形式は、生み出されえないではあるまいか。確かに、いかなる社会も、《狂気》を廃絶することなどありえないのだから、《狂気》は人間の社会の構成的一部である。したがって《狂気》の相貌が変化するときには、世界の相貌もまた、根源的に変化することはないはずである。

- (1) Michel FOUCAULT, *Le Pouvoir psychiatrique*, Gallimard-Seuil, 2003 (以下 P. P. と省略する)。
- (2) Michel FOUCAULT, *Les Anormaux*, Gallimard-Seuil, 1999 (以下 L. A. と省略する)。
- (3) P. P., p. 14.
- (4) Jacques LAGRANGE, *Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault*, dans *Michel Foucault et la médecine — Lectures et Usages*, Edition Kimé, 2001 (以下 M. F. M. と省略する), p. 121.
- (5) *Ibid.*
- (6) *Ibid.*, p. 125.
- (7) P. P., p. 18. 実際、力点のこの移動は、『狂気の歴史』におけるアプローチに対する厳しい自己批判に支えられた、きわめて自覚的なものであった。一九七三年度の講義の第一回目で、フーコーはその点を以下のように整理しつつ語っている (cf., P. P., pp. 14-18)。精神病院の権力を扱った『狂気の歴史』の最後の章には、次のような批判できる点があった。「まず、権力の表象の分析にとどまっていた」、だが講義では「根源的に異なる分析」を試みたい、つまり、「どの程度まで権力装置は、幾つかの言表・言説を、したがって以後そこから派生しうるあらゆる形式の表象を生み出すことができるのか。」第二に、『狂気の歴史』は、多くの点で問題のある三つの概念——暴力・制度・家族——を援用していた。だが、まず『暴力』という概念は、「身体的暴力、不規則で情念的な力、あえて言えば解放された力」という共示を持っているために、「よい権力、[……]

暴力に貫かれていない権力は身体的な力ではないと想定させる」恐れがある。だが、「いかなる権力も」、「その適用点は常に、最終的には身体である」、「身体と政治的権力の間には直接の繋がりがある」。また、『暴力』という概念は、「不均衡な力の身体的行使が、権力行使の合理的で計算され、管理された働きの一部をなしていないかに想定させる」。だが、「個人自身に触れるところで」……」捉えると、権力は身体的であり、まさにそれゆえに暴力的だが、それは「……」解き放たれているからではなく、反対に一種の身体のミクロ物理学のあらゆる装置に従っているからである」。次に、『制度』という概念が問題を含むのは、それが「同時に個人と集団について語る」から、「したがってそこにあらゆる心理学的もしくは社会学的言説を入れ込んでしまうかもしれないから」であるが、それ以上に、「問題にしなければならないのは」、「権力装置」、「権力の」網の目・流れ・中継・支持点・ポテンシャルの差異」、言い換えれば「制度を貫く戦術的配置における力関係」だからである。最後に、『狂気の歴史』はピネルやエスキロールの精神医学が精神病院に家族モデルを持ち込もうとしたことを告発していたが、現実には精神病院には家族モデルはほとんど採用されていない。医師が精神病院において、「父のイマージュ」を再現動化しているというのは、「正しくない」。したがって、分析しなければならないのは、暴力ではなく、「権力のミクロ物理学」、制度ではなく、医師と患者の力の対決において「作動している戦術」、家族モデルではなく、「権力関係とこれらの対決の戦略」である。なぜなら、この「権力」が、「合法的言表として与えられる幾つかの言表を生産する」からである。

(8) 「結局、正確に同じなのは、これらの制度「工場・孤児院・精神病院」に固有の権力構造です。だから実は、アナロジーがあるとは言えない、あるのは同一性です。同じタイプの権力なんですよ、行使されているのは同じ権力です。そして明らかに、この権力は同じ戦略に従っていますが、結局、追求する目的は同じではない、同じ経済的目的には仕えていない」……。私なら、権力システムの形態論的同一性、と言います」(『A propos de l'enfermement pénitentiaire』, *Dis et Ecrits 1954-1988*, Gallimard, 1994 (以下 D. E. と省略)、初出時に巻数と論文番号を挙げる), t. II, n. 127, pp. 439-440.

(9) 『異常者たち』に関する第一回目の講義の終わりで、フーコーは、精神医学の権力を「規範化する権力」と呼んで、以下のように語っている、「原理として、当初の仮説として立てたいのは、これらの規範化する技術、そこに結び付いている規範化する権力は、単に医学的知と法的権力が会い、結びつき、相互接続された結果ではなく、実際には、近代社会全体を通じ

て、あるタイプの——医学的でも法制的でもない別の——権力こそが医学的知も法制的権力も植民地化し、抑圧するに至ったということである。[……]この規範化する権力の出現、それがどのように形成されたか、どのように設置されて、決して唯一の制度には依拠せず、異なる制度の間について確立した作用によって、どのようにして我々の社会にその主権を拡大したか——それを研究した」(L. A., p. 24)。

- (10) Cf. Michel FOUCAULT, *Folie et Dérision, L'Histoire de la Folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972 (以下 H. F. と省略す) pp. 182-186 (邦訳『狂気の歴史——古典主義時代における——』田村俶訳、新潮社、一九七五年、一九〇—一九四頁)。

- (11) Frédéric GROU, *Foucault et la Folie*, PUF, 1997, pp. 40-41. []内は筆者による敷衍である。

- (12) H. F., *op. cit.*, p. 430 (邦訳四三二—四三三頁)。

- (13) *Ibid.*, p. 448 (邦訳四五二頁)。

- (14) *Ibid.*, p. 455 (邦訳四五七頁)。

- (15) *Ibid.*, p. 458 (邦訳四六〇頁)。

- (16) *Ibid.*, p. 457 (邦訳四五九—四六〇頁)。

- (17) *Ibid.* (邦訳四六〇頁)。「狂気の歴史」から一八年後のある対談で、フーコーはこの点を以下のように明確に定式化している、「問題は、どうして西洋世界で、狂気は一八世紀以降にならないと分析と科学的調査の明確な対象になることができなかったのかを理解することです、だって、以前から幾つかの短い章で、『精神の病』を扱う医学概論があったんですから。こうして、この狂気という対象が形を取るまさにその時、同様に、狂気を理解できる主体が構成されるのを吟味することができました。狂気という対象の構成に対応していたのは、狂気に関する認識を持ち、それを理解する理性的主体の構成でした。『狂気の歴史』で私は、狂気を認知し認識できる理性的人間の誕生と、理解され規定され得る対象としての狂気自体の誕生との間の相互作用を特徴とする、一六世紀から一九世紀の間に定義される、この種の集団的で複数的な経験を理解しようとしたこと」(《Entretien avec Michel Foucault》, D. E., *op. cit.*, t. IV, n. 281, p. 55' (強調筆者))。

- (18) 貧しい狂人の入所費用を公費で負担することは、既に革命期から行われていたようである。『狂気の歴史』は、内務大臣ド・レサールのセーヌ・エ・オワーズ県主任検事宛ての書簡（一七九一年五月五日付）を引用している——「この施設における狂人たちの生活費は、彼等の家族に支払い能力がなければ、貴県または彼等の出身町村が負担しなければなりません」（H. F., p. 444⁴、邦訳四四七頁）。後の精神病者に関する法律（一八三八年六月三〇日法）でも、支払い能力のない患者の諸費用は公費で負担される旨が明記されている——「二八条。先の条項「支出は入所した人物もしくは扶養料を請求できる人々が支払う」に述べられている資力が不十分である場合には、費用の取り立ては、知事の意見で県議会が提案し、政府が承認した率に従い、当該精神病者が居住する地の市町村の協力を害することなく、当該精神病者が属している県の通常の支出に財政法が割り当てられている額に基づいて、行われる。」
- (19) 《Le pouvoir psychiatrique》（一九七三年度の講義の《要綱》）に引用、D. E., t. II, n. 143, p. 678. 引用原典は、J. E. D. ESQUIROL, *De la Folie* (1816), § 1 : 《Symptômes de la folie》.
- (20) この考え方は今日でも変化していない。公衆衛生法第四編「精神疾患に対する戦い」は、精神疾患者の入退院に関する三〇条の法律を取めているが、その第一章第一条（公衆衛生法一三二六条）は、この「戦い」を以下のように定義している——「精神疾患に対する戦いは、予防・診断・看護・再適応・社会復帰の活動を含む」「強調筆者」。明らかにここでも、治癒は、法的・社会的・家族的諸規範への適応（再適応）と社会的・経済的体制への再挿入（社会復帰）として定義されている。その限りで、治癒はもはや純粋な医学的問題ではない。
- (21) 一八三八年六月三〇日に制定され、同年七月六日に公布された《精神病者に関する法律》第一条。
- (22) *Recueil général des lois et ordonnances depuis le 7 août 1830, tome huitième* (以下 R. G. L. O. と省略する)、p. 171.
- (23) P. P., p. 4. 精神病院空間における権力の戦術的配置の分析は、一九七三年一月七日の講義で行われている。以下の記述は、それに準じている。Cf. P. P., pp. 3-8.
- (24) *Ibid.*, p. 29.
- (25) サー・フランシス・ウィリス（一七一一—一八〇七）は当時リンカンシャーに精神疾患に冒された人々のための施設を

所有していた関係で、一七八八年の王の発作の時、議会から王の看護を委託された。Cf. *Ibid.*, p. 37, note 3.

(26) *Ibid.*, p. 22.

(27) フランソワ・ルーレは、当時ピセートルの主任医師で、一八世紀末から提唱・実践されたモラル・セラピー（医薬や身体を固定する用具を用いず、医師―患者関係を利用した狂気の治療法で、イギリスではウィリアム・テュークの退隠施設で採用され、ジョン・ハスラムが、フランスではピネルが、その原理を提唱、エスキロールの弟子のエチエンヌ・ジョルジュがそれを体系化した）の第一人者の一人だった。

(28) ルーレの症例報告の分析は、一九七三年二月一九日の講義で行われている。特に断らない限り、以下の記述は、この分析に依拠している。Cf. *P. P.*, pp. 144–166.

(29) *Ibid.*, p. 169, note 28.

(30) 一七五一年にロンドンの聖ルカ精神病院を創立したウィリアム・バットイが経営していた私立の精神病院が、既にこの配給体制を採っている。ここでは、患者の「手に負えない食欲をチェックする」ために、食事は軽めで、アルコール分を抜き、薄味にされていた。エドワード・ショーター、『精神医学の歴史——隔離の時代から薬物治療の時代まで』、青土社、一九九九年、三四―三五頁参照。

(31) 《装置》という考え方を、フーコーはある座談会で次のように説明している。一、《装置》は、言説、制度、建築的配備、調整的決定、法律、行政措置、科学的言表、哲学的・道徳的・博愛的命題といった異質な要素を含む総体であり、これらの要素の間に確立されるネットワークである。二、《装置》の中には、これら異質な要素の間の様々な関係が見出される。要素の間には、ある働き、位置の変化や機能の修正が見られる。たとえば、ある言説が、時には制度のプログラムとして、時には沈黙した実践の正当化／隠蔽として、あるいはまたこの実践の二次的再解釈―合理化として働くことがある。三、《装置》とは、所与の歴史的時点である緊急性に答えることを主たる機能とする《編成体》であり、したがって支配的な戦略的機能を持っている。四、《装置》の生成には二つの主要な契機がある。第一に、《装置》が形成されるときには、戦略目標が優越しているが、次いで《装置》がそのものとして構成されると、そこには二重のプロセスが働く。一方で、個々の効果が他の効果と反響しあ

う／矛盾しあう結果、各所に出現する異質的な要素の反復や再調整が必要となるので、機能的な多元決定のプロセスが生み出される。他方で恒常的な戦略的再充当のプロセスが働いて、『装置』の生成当初は意図していなかった否定的効果が生まれると、それを新たな戦略において再利用しようとする。五、『装置』が戦略的性質を持つのは、力関係の操作——力関係への介入・発展・停止・安定的利用——がその前提になっているからである。したがって、『装置』は権力の働きに書き込まれていると同時に、権力の働きから生まれるがその条件でもある知の限界と結びついてもいる。『装置』とは、知の様々なタイプを支え、またそれに支えられている力関係の戦略である (cf. *Le jeu de Michel Foucault*, D. E., t. III, n. 206, pp. 299-230)。言い換えれば、ある『装置』が役に立たないものになって廃棄されるのは、それと結び付いている知がその限界に達した時つまり、状況がもはやその知によっては制御不能になった時であろう。

(32) *P. P.*, pp. 172-173.

(33) *Cf. Ibid.*, pp. 42-43 et 65-75.

(34) 規律権力の特色は、一九七三年一月二日の講義で分析されている。以下の記述はそれに準じている。Cf. *Ibid.*, pp. 48-59.

(35) *Cf. Ibid.*, pp. 73-74.

(36) 治療機械としての精神病院の治療操作は、一九七三年二月五日の講義で分析されている。特に断らない限り、以下の記述はこれに準じている。Cf. *Ibid.*, pp. 103-107.

(37) *Ibid.*, p. 167, note 3.

(38) *Ibid.*, note 5.

(39) ショーター、前掲書、三一、三五頁。

(40) ベンサムのパノプチコンは、以下のような建築を想定していた、「円環状の建物があって、それがパノプチコンの周辺を構成している。この建物には独房が配置されていて、それらは同時に、ガラスのはまったドアからは内側に、窓からは外側に開いている、この円環の内側の円周上には回廊があって、独房から独房へと循環し、行き来することができる。次に、空白の

空間があり、その中心に搭が、一種の円筒形の数階建の建物があり、その天辺に「……」空っぽの大きな部屋があって、それはこの中心的な位置のために、床の上で一巡するだけで、これらの独房のそれぞれで起こっていることをすべて見ることができ」(*Ibid.*, p. 76)。

(41) これはピネルが『医学—哲学概論』で開陳している治療法である。その具体例をフーコーは『狂気の歴史』で紹介している。 Cf. *H. F.*, pp. 517-518 (邦訳五一八—五一九頁)。

(42) *P. P.*, p. 176.

(43) たとえばエスキロールは、狂気を「感覚・知性・意志の無秩序を特徴とする、発熱を伴わない、通常慢性の脳障害」と定義し、「心理的能力のこの三分割によって画定されたこの領野内で、(a) 能力を損傷する無秩序の性質、(b) 無秩序の拡張、(c) 患者を損傷する気質の特質によって相互に差異化される臨床的多様性」を区別した。「たとえば、躁病の特徴は《感覚・知性・意志の乱れと興奮》であるが、リペマニー——エスキロールが一八一五年にギリシャ語の語根, *λύπη*, 悲しみ、悲嘆から創造した新語——では、《感覚が苦痛に満ちて興奮しもしくは損傷されて、抑圧的な悲哀の情念が知性と意志を変容させる》。」「躁病とモノマニーの区別は、無秩序の拡張を指標とする、すなわち全般的拡張か部分的拡張、つまりある能力(知的、本能的、等々のモノマニー)、ある対象(エロトマニー)あるいはあるテーマ(宗教的、殺人的モノマニー)に局在化されているかである。たとえば、躁病の特徴は、《妄想が一般的で、悟性のあらゆる能力が高揚し、逆転している》という事実にあるが、モノマニーでは、《……》妄想は部分的で、少数の観念と情動に画定されている》。」「《能力の高揚》を特徴とする躁病とは反対に、痴呆のグループは——《急性》、《慢性》、《老人性》の諸種があり——、否定的様相で区別される。《痴呆は、通常発熱がなく慢性の脳の障害で、感覚・知性・意志の弱体化を特徴とする》」。 Cf. *Ibid.*, p. 192, note 12 et note 13.

(44) 一八二〇年、エスキロールの弟子エチエンヌ・ジョルジュは『狂気の原因に関する論考』を提出する。アシル・ド・フォヴィルとジャンーバチスト・ドゥレイは、一八二二年、『狂気とその活動様式の原因に関する考察、ならびにこの疾患の特定の座と性質に関する研究』を提出する。ジャンーピエール・ファルレは、一八二二年に『ヒポコンデリーと自殺。これらの疾患の原因・座・治療に関する、その進行を止め展開を予防する手段に関する、考察』を公刊する。最後に、神経梅毒を研究

- したアントワヌ・ローラン・ジュッセ・ペイルは、ラ・サルペトリエールのロワイエーコラールの下で収集した六つの観察例とそれに続く剖検から、一八二二年、麻痺と妄想を主症状とするクモ膜の慢性炎症『arachnitis chronique』の存在を特定し、同年公開審査を受けた論文の第一部でこの疾患を扱う。Cf. *Ibid.*, p. 140, note 17 et note 18.
- (45) *Ibid.*, p. 181. 精神医学の知のマークの分析は、一九七四年一月九日の講義で行われている。以下の記述は、特に断らない限り、それに準じている。Cf. *Ibid.*, pp. 181-186.
- (46) *Ibid.*, p. 195, note 30.
- (47) 臨床講義は非常に早くから行われていた。ラ・サルペトリエールでは、エスキロールが一八一七年—一八二六年に、次いでジュール・バイヤルジェが一八四一年に、続いてジャン・ピエール・ファルレが一八四三年に臨床講義を行う。他方ピエールでは、ギヨーム・フェリュスが一八三三年—一八三九年に、次いでルレーが一八四〇年—一八四七年に臨床講義を行っている。Cf. *Ibid.*, pp. 195-196, note 31 et note 32.
- (48) 『狂気』の真実をめぐる医師と患者の闘争は、一九七四年一月三〇日の講義で分析されている。以下の記述は、特に断らない限り、それに準じている。Cf. *Ibid.*, pp. 265-290.
- (49) ミシェル・フーコー編、『ピエール・リヴィエールの犯罪——狂気と理性』、岸田秀／久米博訳、河出書房新社、一九七五年、一二二頁参照。
- (50) 同書、一二三—一二四頁参照。
- (51) アヘン剤は特に一八世紀から躁暴発作の治療に使用された。モロー・ド・トゥールはアヘン、ダチュラ（朝鮮朝顔）、ベラドンナ、ヒヨス、トリカブトに、躁病患者の興奮やモノマニー患者の一過性の激昂を鎮める効果を見出している。アヘンチンキは神経症やヒステリーの治療に使用されていた。エーテルは一八世紀から神経症の治療と詐病検査に広く使用されていた。亜硝酸アミルは、一九世紀後半から、癲癇とヒステリーに実験的に使用され始める。またクロロフォルムは不安と抑鬱を示す患者の不眠症治療に広く用いられた。Cf. *Ibid.*, pp. 166-167, note 1 et note 2; p. 254, note 1 et p. 238, note 21. また、シヨーター、前掲書、二四〇—二四五頁。

- (52) ミラノ監獄の外科医モンテギアは、ある犯罪者の詐病を疑い、彼に大量のアヘンを投与した。犯罪者はアヘンの働きで体力の衰えを感じ、死を予感して、詐病を続けることを無駄だと判断した。Cf. *Ibid.*, p. 293, note 20.
- (53) *Ibid.*, p. 296, note 42.
- (54) *Ibid.*, note 44. 既に一七八四年に、ピュイゼギール侯爵シャストゥネが自分の領地で働く百姓ラースに動物磁気治療を施した時、ラースは催眠下で質問に答えて、「自分の状態について意見を言い、大まかな治療行動を指示し、健康を回復する日時を予測し、それは確認され」た (cf. *Ibid.*, note 49)。だが、これほど幸福ではない例もある。一八二一年、ジョルジェはラ・サルペトリエールで、二人の患者を被験者にして、動物磁気実験を行ったが、その内の一人ペトロニルは、催眠下で質問されて、『病気の原因は水に落ちたことであるから、水中に投げ入れられれば治癒する』と答える。ジョルジェはそうするが、治癒は起らなかった、なぜなら、実際には、彼女は運河に落ちたとはっきり言ったのに、ジョルジェはただ彼女を浴槽に落としただけだったからである。彼女は詐病者と見做され、ジョルジェはペトロニルの策略の無実で素朴な犠牲者と見做された (cf. *Ibid.*, pp. 286-287)。
- (55) 精神医学の逆説^{レゾナンス}ならびにそのヒステリーとの関係については、一九七四年一月二三日の講義の最後で語られている。Cf. *Ibid.*, pp. 247-253. 以下の記述はそれに基づいている。
- (56) この逆説から、後述するように、精神病院は「それが治癒させると主張している人々をまさしく狂人として製造している」と言う、「制度を問題にするタイプの批判」が生じることになる。だがこの批判にフーコーは以下のような論理によって反論し、その無効性を暗黙裡に断言する——「精神医学の病院が狂気の現実化の場であるのは、偶然でも制度の逸脱でもない」……目の前に、また患者に対して——、そして、極限的には、病院内であろうがなかるうが——疾患に対する現実化の空間を持つというのが、精神医学の権力の機能自体なのである。したがって、精神医学の権力の機能は、狂気のあらゆる暴力、あらゆる発作、極限的にはあらゆる症候を消去することをまさに機能としている規律的制度^{レギュラリゼーション}—施設内で、狂気を現実化することだ、と言っている。「精神病院という」規律的制度^{レギュラリゼーション}—施設が実際に機能とし効果としているのは、狂気をとはいわない、狂気の症候を削除することである、ところが同じ時に、精神病院内部で行使され、個々人を固定する精神医学の権力が機能とし

ところの、狂気を現実化するものだ」(*Ibid.*, p. 252)。

(57) *Ibid.*, p. 188.

(58) たとえば、ビセートルの外科医だったポール・ブロカは、二二年間収容されていた失語症患者の剖検によって、左第三前脳回の軟化を発見し、それを疾患に結びつける (cf. *Ibid.*, p. 326, note 9)。

(59) *Ibid.*, p. 302. 神経病理学的装置に関する分析は、一九六四年二月六日の講義で行われている。以下の記述はそれに準じてする。 Cf. *Ibid.*, pp. 299-306.

(60) 神経病理学 (シャルコー) とヒステリーの闘争も、一九七四年二月六日の講義で分析されている。以下の記述はそれに従う。 Cf. *Ibid.*, pp. 306-325.

(61) *Ibid.*, p. 331, note 34.

(62) シャルコーがラ・サルペトリエールのヒステリー—癲癇部局を担当したのは、一八七〇年、治療に催眠術を導入したのは一八七八年のことである。アンリ・エレンベルガー、『無意識の発見 力動精神医学発達史 上』木村敏・中井久夫監訳、弘文堂、一〇四頁参照。

(63) 《外傷》という用語は、一八七七年から使用されるが、一八八五年以降、『外傷性暗示』のメカニズムの方向で深化された (cf. *Ibid.*, p. 335, note 50)。

(64) フーコーは、同じ問いをフロイトに返している。なぜなら、ラ・サルペトリエールで類似の光景を目にしていたはずのフロイトが、神経症の性的病因論を公表したのは、もっと後のことだったからである。 Cf. *Ibid.*, p. 323.

(65) おそらく、ラ・サルペトリエールの《大ヒステリー》によるシャルコーという医学的権威に対するこの勝利を、一七世紀のルーダンで起こった悪魔憑きの修道女たちによるキリスト教の肉の支配に対する勝利に呼応させることができる。後者の問題をフーコーは、七四年度の《異常者たち》に関する講義の第七・八回目 (一九七五年二月一日と二六日) で分析している (cf. L. A., pp. 155-215)。告解は中世にすでにキリスト教神学において重要な位置を占めるに至っていたが、トリエント公会議以降、告白と良心の指導の適用点が大きく変化する。第六の罪 (淫欲の罪) に関して悔悛すべき事柄、指導を仰ぐべき事

柄は、なされた行為から、身体の感覚的な快楽とそれが生み出す欲望に、要するに性の法的違反から「快楽と欲望の身体」に横滑りしていくのである。以後、告解と良心の指導の実践を通じて、宗教的権力は、個人の「欲望する孤独な身体」に分け入り、肉の微小な動揺、その些細な快楽の疼き、欲望の芽生えを執拗にまさぐり、究明することになる。悪魔に憑かれた修道女たちの痙攣する肉は、修道女と悪魔との戦いの可視的形式である以上に、その下で、実際には、余す所なき告白の義務の名の下に彼女たちの「快楽と欲望の身体」を執拗にまさぐる宗教的権力に対する従順と抵抗の反転図形である、という点で、また、まさにこの痙攣する肉の出現が、キリスト教に与えた衝撃とその帰結——以後、告解には「慎重深さの規則」が導入される、肉と痙攣は注意深く分離され、痙攣は以後医学に譲渡される、最後に、肉に関する詳細で執拗な言説に代わって、物質的装置（規律的な建築様式や監視の制度化）による性的身体の網羅的で緻密な攻略が導入される——の重要性という点で、精神医学とヒステリーとの戦いを先取りしていると言うことができる。

(66) Cf. *Le pouvoir psychiatrique*, *op. cit.*, p. 677.

(67) ショーター、前掲書、一二二—一二三頁。

(68) 七三年度の講義は、シャルコーの敗北をもって終わっているが、フーコー自身にはさらに、精神薬理学・精神外科学と精神分析、また反精神医学にも言及する構想があったようである。コレージュ・ド・フランスの年鑑に報告されたこの講義の《要綱》は、そこに記述の一部を充てているからである (cf. *Le pouvoir psychiatrique*, *op. cit.*, pp. 681-686)。他方、七三年度の講義の編纂者であるジャック・ラグランジュも、「現在の精神医学とは何かを定義するという問題を追求し、反精神医学の分析を提起していた」講義の草稿 (cf. 23) が存在することを指摘して (P. P. p. 16) この講義の意図は、精神医学の権力関係に関わる「問いの軌道修正に反精神医学がもたらした貢献に照らして、精神医学の現状を出発点とし、現在から、この権力装置の歴史的形成を逆行的に行う」ことにあったと語っている (*Ibid.*, p. 356)。だが、現実には、講義はこの構成を取らなかった。

(69) Cf. *Ibid.*, p. 137.

(70) *Ibid.*, p. 253.

- (71) ラ・サルペトリエールのシャルコーの部局の臨床主任だったバンスキーは、シャルコーの死後、旧師の批判の急先鋒に立ち、《ヒステリー》という用語を《暗示症》——「暗示から結果し、したがって暗示によって治癒しうる病的現象」——に置き換えることを提案する (cf. *Ibid.*, p. 336-337, note 64' また、エレンベルガー、前掲書、一一六頁)。
- (72) 《Le pouvoir psychiatrique》, *op. cit.*, p. 682.
- (73) 精神外科（ロボトミー）は、一九三五—一九三六年にリスボンの神経科医エガス・モニスが二〇人の患者に前頭葉白質切除術を施行したのが始まり。三六年にアメリカに導入され、五年までにアメリカでは一八六〇八人が施術されたが、向精神薬の導入によって廃止された。精神疾患の薬物治療は、一九〇三年、ドイツで睡眠剤バルビタール（バイエル社のペロナールやルミナル）が発明されたことに始まる。睡眠剤は、躁病患者の鎮静、メランコリー患者の睡眠回復に、また抗癲癇薬、抗不安薬として効果があることが認められ、さらに睡眠によって刺激を遮断すると、統合失調症患者の拒絶的態度を除去する働きがあることから、六〇年代まで持続睡眠療法（持続麻酔療法）に利用される（但し、死亡率は5%と高かった）。一九二〇年代には、インシュリン・ショックによる低血糖性昏睡がモルヒネ依存や統合失調症治療に有効と認められて、特にスイスとアングロサクソン諸国でインシュリン療法が広まる（致死率は1%）。一九三〇年代には、強心剤によって意図的に患者に痙攣を起こさせると、統合失調症が寛解することが認められ、カルデアゾール痙攣療法が導入されるが、この療法はまもなく電気ショック療法（ECT）に取って代わられる。ECTは三〇年代末にイタリアで開発され、三九年にイギリスとフランス（サンタヌ）に、四〇年にはアメリカに導入される。六〇年代から八〇年代初期にかけて、ECTは大きな批判を浴びるが、八〇年代に、一過性の記憶喪失の副作用はあるものの、自殺念慮のある重度の鬱病には有効であるという論拠から、復活の努力が開始される。薬剤開発は五〇年代に製薬会社との産学協同において一気に開花する。クロールプロマジン（ローヌ—プーラン社）は、躁病患者に著しい寛解をもたらし、「荒れ狂い、絶叫し、近寄り難い患者を過去のもの」にする。抗精神病薬（神経遮断薬）の誕生である（遅発性ディスキネシア、つまり顔面の引き攣り等の不随意運動と歩行困難の副作用がある）。だが、軽度の慢性躁病に著しい効果があることが判明したりチウムは、アメリカでは一九七〇年にならないと認可されない（リチウムは自然界に大量に存在する物質だったので、製薬会社が魅力を感じなかったのである）。イミプラミン（ガイ

ギー社)は、鬱病患者に劇的な回復をもたらす。他方、脳化学で、五〇年代に、神経伝達物質であるセロトニンとドーパミンが発見されたので、六〇年代から七〇年代にかけて、ドーパミンと統合失調症、セロトニンと鬱病の関係が関心を呼ぶ(イミブラミンは、シナプス内にセロトニンを隔離し、ニューロンがそれを再摂取するのを妨げる、クロールプロマジンは、ドーパミン受容器に働きかけて、ドーパミンの活動を妨げる)。続いて、不安や苛々、興奮を和らげる「幸福の丸薬」メプロバメイト(カーター社)、次いでリブリウム(服薬を急に中止すると発作を起こす)とその改良版のヴァリウム(嗜癖を、したがって乱用を引き起こす、共にホフマン・ラ・ロッシュ社)といった精神鎮静薬^{トランキライザー}が爆発的ブームになる。最後に、七〇年代から開発が進められ、八七年に認可されたプロザック(選択的セロトニン再摂取阻害薬…SSRI、リリー社)は、鬱病だけでなく、情動スペクトル障害(ASD)全般に効果があることが示唆された(「幸福で、酔ったような感じになる」)。「おそらく世界の人口の三分の一がASDにかかっている」し、体重減少という副作用もあるので、一九九四年段階で、「プロザックは「……」ザンタックと呼ばれる潰瘍薬に次いで、世界で二番目に売れる薬になっている」とのことである(ショーター、前掲書、二四七―三二〇、三三四―三四一、三七二―三八四頁参照)。(だが、木村定は、この薬剤には「服用開始後二―七週の内」に「……」希死欲動の増強の可能性が指摘されている」ことを付言している(同書、三九一頁)。

(74) 《Le pouvoir psychiatrique》, *op. cit.*, p. 683.

(75) 七三年度の講義の《要綱》に見られる精神分析に対するこの結論は、実際には『狂気の歴史』の、「疎外する形象として、医師はやはり精神分析の鍵である。[……] 精神分析はこの最終的な構造を削除しなかった、そこに他のすべての構造を連れ戻した「……」」(*H. F.*, p. 530 (邦訳五三〇頁))という結論をいささかも変更していない。精神分析に対するフーコーの否定的な態度は一貫して変化しなかったように見える。とはいえ、フーコーと精神分析の関係は必ずしも一筋縄ではいくものではないように思われるので、別稿を立てて検討したい。

(76) Cf. *P. P.*, pp. 60-61, note 1; Jacques LAGRANGE, «Situation du cours», *op. cit.*, pp. 358 et 363-364; «Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault», *op. cit.*, pp. 127-129. また「ジュラル・マッセ」アラン・ジャッカル、ミシェル・シアルディ、『絵とき精神医学の歴史』、岡本重慶、和田央訳、星和書店、五六―六七、六二―六五、六八―八九、七

六一七九、八二一八三頁。

(77) サンータルバン病院について、フーコーは次のように発言している、「内戦中反精神医学の実験を行って、亡命せざるをえなかったスペインの医師たちが、戦時中サンータルバンという病院で、反精神医学の研究を始めました。サンータルバンを経由した若い精神医学者たちが、そのいくつかの方法を採用して、他の病院でもいくつかの改革をしようと試みました」(《Michel Foucault. Les réponses du philosophe》, *D. E.*, t. II, n. 163, p. 813)。

(78) 同じ頃イギリスでも、一九三〇年の精神障害者治療条例の通過と共に、開放政策（錠と鍵の廃止、患者は自分の意志で町にビールを飲みに出出できる、仮退院制度）が開始され、次いでそれは四〇年代に、治療コミュニティと呼ばれる、患者自身の自主的運営に基づく集団精神療法に発展する。そこにはサイコ・ドラマ、作業療法、グループ・セッションが取り入れられ、さらにそのための、精神病院に代わる環境として、精神科デイ・ホスピタルが誕生する。集団療法を通して健康な対人関係を回復させることによって、治癒を目指すとするこの方法は、精神分析が支配的だったアメリカには広まらなかった（ショーター、前掲書、二七八―二八八頁参照）。

(79) *P. P.*, p. 41.

(80) *Ibid.*, p. 252.

(81) *Ibid.*

(82) Jacques LAGRANGE, 《Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault》, *op. cit.*, p. 127.

(83) 《Enfermement, psychiatrie, prison》, *D. E.*, t. III, n. 209, p. 337. フーコーは別の所でも同趣旨の発言をしてる——「これらの精神医学者の多くは、マルクス主義者ではないにしても、マルクス主義に非常に近く、この理由から、そこ「ソ連」で起っていることに、そしてそこからパヴロフ、反射理論、唯物論的精神医学、「……」に注意を集中せざるをえませんでした。[……] マルクス主義的風土が彼等を徐々に袋小路に導いたのだと思います」(《Entretien avec Michel Foucault》, *op. cit.*, pp. 60-61)。⁶ なお、「ソ連で起っていたこと」とは、フルシチョフのスターリン批判以後、反ソ活動の嫌疑をかけられた人々が精神病院に収監されていた事実を指す。

- (84) 《Entretien avec Michel Foucault》, *op. cit.*, p. 61. やはり別の所に、同趣旨の発言がある——「フランスの精神医学者は、直接にか間接にか、病院の管理的——法的責任者と結びついています。この権力を行使する以上、彼等は医学的権力の名において管理権力を批判することも、また医学からも管理からも同時に自由な思考の名において、医学的権力を批判することもできないわけです。彼らは医学と管理に対立することはできたが、そのいずれからも自由にはなれなかったんです」(《Michel Foucault. Les réponses du philosophe》, *op. cit.*, p. 813)。
- (85) Jacques LAGRANGE, 《Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault》, *op. cit.*, p. 129.
- (86) *Ibid.*, p. 128.
- (87) 《Le pouvoir psychiatrique》, *op. cit.*, p. 686.
- (88) 《Folie, une question de pouvoir》, *D. E.*, t. II, n. 141, p. 662.
- (89) 《Asiles. Sexualité. Prisons》, *D. E.*, t. II, n. 160, p. 776.
- (90) 《L'asile illimité》, *D. E.*, t. III, n. 202, p. 274.
- (91) 《Le pouvoir psychiatrique》, *op. cit.*, p. 685.
- (92) メアリー・バーンズ／ジョセフ・バーク、『狂気をぐぐりぬける』、広末明良／宮野富美子訳、平凡社、一九七七年、『日本語版への序文』——二頁。
- (93) 同書、四頁。
- (94) 反精神医学運動に共通する最大公約数的なテーゼは、『精神疾患は存在しない』というものだが、それなら『狂気』とは何かという問題になると、考え方は異なってくる。たとえば、トーマス・サスにとっては、それは「生活に問題を持つ人に押し付けられた医学的誤解」である、同様に、トーマス・シェフにとっては、社会の反応が逸脱者に押し付けた社会的役割であり、レットルである(ショーター、前掲書、三二六、三二八頁)。バザリアは、「資本主義社会の諸矛盾の特権的な場」、「社会—政治的システムに内在する暴力と排除の土壌」としての精神病院制度を批判して、左翼との連携を強める(cfr. LAGRANGE, 《Situation du cours》, *op. cit.*, pp. 365-366)。したがって、バザリアにとっての『狂気』は、『実存的経験』の用語よ

りはむしろ、『疎外』と『抑圧』の用語で語られるべきものである。こうして彼は、一八七四年、psychiatria democratica 協会を設立し、その活動は、一九七八年五月一七日のイタリア七八年第一八〇号法（公的精神病院の閉鎖、したがって、以後入院が必要になった患者は総合病院精神科にしか入院できない）採択の原動力となる（マッセ、他、『絵とき精神医学の歴史』七七、八一頁）。またフーコー自身は、『狂気』を「唯一で比類のない根本的経験」として記述した『実存分析（現象学的精神医学）』が、伝統的な精神医学の『狂気』認識に含まれている「重苦しく抑圧的なもの」からの解放に貢献したことを認めながらも、彼とレインとの間の微妙な距離を示唆している——「レインもあしたのもの『実存分析』すべてに印象を受けたと思います。彼も長い間、実存分析を準拠としました（彼はよりサルトル的に、私はよりハイデガー的にですが）」（『Entretien avec Michel Foucault』, *op. cit.*, n. 281, p. 58）。

(95) メアリー・バーンス／ジョゼフ・バーク、前掲書、三五二頁。

(96) *P. P.*, p. 33.

(97) *Ibid.*, pp. 685-686.

(98) 「狂気の真実の生産が、認識的関係のものではないような形式で実行できるということはありうるのだろうか。虚構の問いだ、ユートピアにしか成立しない問いだ、と言われるだろう。実際にはその問いは、毎日具体的に、脱精神医学の試みにおける医師の——合法的な認識主体の——役割に関して措定されているのである」（『Le pouvoir psychiatrique』, *op. cit.*, p. 686）。

(99) 『Asiles. Sexualité. Prisons』, *op. cit.*, p. 776.

(100) クーパーのヴィラ 21 の実験は六二年一月に始まる。これに続く一連の反精神医学的共同体の実験の内もっとも著名だったレインのキングズリー・ホールは七〇年まで続いた。アメリカのスザットの反精神医学運動も六〇年代に行われている。（但し、バザリアが、ゴリツィアの精神病院院長の職を辞して、トリエステで実験を開始するのは、やや遅れて六八年のことである）。英米の主要な反精神医学の著作も、六〇年代初期に出ている（トーマス・サス、『精神疾患の神話』（一九六〇年）、アーヴィング・ゴフマン、『アサイラム』（一九六一年）、ロナルド・D・レイン、『引き裂かれた自己』（一九六〇年）、但し、ス

ザッツの『精神疾患の神話』は一九七四年である)。同じ頃これらの運動の存在を知らないまま書かれたフーコーの『狂気の歴史』が、フランスで肯定的／否定的再評価を受けるのも、六八年以降になってからである(『狂気の歴史』の初版は一九六一年、再版は一九七二年)。

(101) 《Michel Foucault. Les réponses du philosophe》, *op. cit.*, p. 813.

(102) 《Entretien avec Michel Foucault》, *op. cit.*, p. 60.

(103) Cf. Jacques LAGRANGE, 《Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault》, *op. cit.*, pp. 129-131; 《Situation du cours》, *op. cit.*, pp. 359-360.

(104) フーコーは七五年度の初回の講義で、これらの知を以下のように定義している——「概念的ではない知、練り上げが不十分な知として、資格を剥奪されていた一連の知、つまり、素朴な知、階層的に劣った知、必要な認識や科学性のレビューより下位にある知、[……]「つまり」精神医療の対象にされた者の知、病者の知、看護士の知、医師の知、[……]「個別的な知、局地的で領域的な、大方の賛同も得られず、自分を取り巻く人々すべてに対立させる切断にしかその力を負っていない知[……]これらの資格を剥奪された知によって、批判がなされたのである」(cf. Michel FOUCAULT, 《Il faut défendre la société》, Gallimard/Seuil, 1997, pp. 7-9)。

(105) 《Le monde est un grand asile》, *D. E.*, t. II, n. 126, p. 433.

(106) ショーター、前掲書、三三〇—三三四頁。

(107) これについては、ハープ・カチンス、スチュワート・A・カーク、『精神疾患は作られる——DSM診断の罠』、高木俊介、塚本千秋訳、日本評論社、二〇〇二年が詳しい。

(108) 同書、一五四頁。

(109) 同書、一六九頁を参照。

(110) たとえば、DSM—IVでは、以下の項目の内五つ以上が該当すれば、演技性人格障害と診断できる——一、自分が注目的になっていないと楽しめない、二、他者との交流では、不適切なほど性的に誘惑的もしくは挑発的行動を取る、三、感情表

出は浅薄で変化しやすい、四、絶えず身体的外見を用いて自己への関心を引く、五、話し方は過度に印象的だが内容に詳細がない、六、自己演劇化（芝居がかった態度や誇張した情緒表現）、七、被暗示的（他人や環境の影響を受けやすい）、八、対人関係を実際以上に親密なものと見做す（G・O・ギャバード、『精神力動的臨床医学——その臨床実践「DSM—IV版」——③臨床編…II軸障害」、館哲郎監訳、岩崎学術出版社、一九九七年、一四八頁参照）。

(111) ショーター、前掲書、三四八—三四九頁。疾患の閾値の低下については、同書、三四五—三四九頁参照。

(112) 但し、今日では身体の医学も、疾患の医学から予防医学に（症状からリスクに）シフトしていることを見逃すわけには行かないだろう。今日、人々は、何らかの形で、定期的な検診や検査を促され、疾患のためではなく、血圧や尿酸値やコレステロール値のために、医療の対象になっている。「中断なき介入」、「潜在的なものが顕美化しつつある時点での介入」、という規律権力の特性は、身体の医学でも際立ったものになりつつある。なお、この問題に関しては、cf. Anne GOLSE, 《De la médecine de la maladie à la médecine de la santé》, *M. F. M., op. cit.*, pp. 273-300.

(113) ショーター、前掲書、三七八—三七九頁。

(114) リッカルド・ペトレラ、《国家の空洞化》、安東里佳子、ジャヤラット好子訳、『ル・モンド・ディプロマティック』、一九九九年八月号参照。

(115) 《Situation du cours》, *op. cit.*, pp. 367-368, note 47. 上の講演自体は未刊である。一部がラグランジュによって、引用されている。

(116) 《経験》とはまさしく、「何か自分自身のために作り上げるもの、以前には存在せず、事後に存在しているのが発見されることになるもの」である、フーコーは語っている（《Entretien avec Michel Foucault》, *op. cit.*, p. 45）。