

フーコーの精神医学批判

佐々木 滋子

フーコーの精神医学批判には二つの側面がある。第一は、《ビンスワンガー、『夢と実存』序文》(1954年)から『精神疾患と人格』(1954年、62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』(1961年)に至る最初期の著作で語られるもので、そこで主として告発されていたのは、「病理的経験の真実への到達を許さない思考様式に隷属」し、また「診断学的抽象化によって、精神の病理学の真の条件を隠蔽している⁽¹⁾」精神医学の知の《いかがわしさ》であった。『狂気の歴史』は、ルネサンス、古典主義、近代という三つの西欧社会が示す《狂気》の知覚のずれを比較対照させつつ浮き彫りにすることによって、精神医学が、《狂気》を経験から客観的な認識対象へと疎外し、また監禁空間に疎外されたものを監禁を必要とする《精神異常^{アリエンション}》へと変形する、という二重の疎外を通して、一方では《狂気》を精神疾患として成立させつつ、他方ではまさにその仕草によって自らを精神疾患を扱う一つの《医学》として成立させたことを明らかにして、この批判的作業を完成させている。第二の側面は、『狂気の歴史』から12年後の1973年度・1974年度のコレージュ・ド・フランスの講義『精神医学の権力』と『異常者たち』で語られた、権力装置としての精神医学の告発である。しかもこれらの講義は、73年度の初回の講義でフーコー自身が明確に述べているように、『狂気の歴史』における精神医学批判の方法に対する明確な自己批判に支えられて生み出されたものだった。つまり、もはや『狂気の歴史』におけるような「権力の表象の分析」ではなく、「いくつかの言表・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」ものとしての「権力装置」の分析、したがって、暴力ではなく「権力のマイクロ物理学」の、制度ではなく医師と患者の権力関係において「作動している戦術」の、家族モデルではなく「権力関係とこれらの対決の戦略」の、分析である⁽²⁾。ジャック・ラグランジュは、分析のこの批判的転換を生み出した二つの理由を指摘している。第一に、70年以降のセミナーでの19世紀の法一医学的鑑定の分析的検討から生まれた問い、つまり、その概念的非一貫性からして大した権力効果を持ち得ないはずの精神医学の《科学的》

言説が、刑法実践の領域で多大の権力効果を持つに至ったのはなぜか、という問いの存在、そして第二に、講義を取り巻く68年5月以降のフランス社会の状況である⁽³⁾。前者は、なぜ精神医学の権力が取り上げられたのか、という狭義の疑問に答えるものだが、後者はより広く、なぜ権力が問題になるのかという疑問に答えるものであり、それについては、ここでやや贅言を費やす価値がある。まず、知から権力への分析対象の必然的移行は、フーコー自身によって、状況との関わりにおいて鋭く自覚されている。ある対談でフーコーは、スウェーデン、ポーランド、あるいはチェニジアでの体験を振り返りつつ、以下のように語っている。

至る所で問題になっていたのは何か。権力が、単に国家権力だけでなく、他の拘束的な制度や形式によって行使される権力もですが、行使されるやり方です、日常生活における一種の恒常的な圧迫です。耐え難かったし、絶えず問題になっていたし、あの種の不安を生み出していたが、12年前から語られなくなったものは、権力でした。それも国家権力だけではなく、極めて相異なる回路や形式や制度を通して、社会体の中で行使されている権力です。もはや統治の広い意味で統治されることが受け入れられていなかったのです。[...] 私は知の系譜学的歴史を書いているのだと考えていた。しかし真の導きの糸は、この権力の問題にあったのです。[...] 結局権力の歴史以外のことは何もして来なかったのです。ところで、今日、68年5月に問題にされたのは、ある社会環境のある年齢層に特殊な強度を持って行使されていた一連の権力形式全体に対する反乱だったということに、誰か同意しない人がいるでしょうか。私の経験も含めて、これらすべての経験から、よい試薬を置けば紙の上にもすぐにも現れるあぶり出しインクで書かれた語にも似た、ある語が浮かび上がって来ました、権力という語です⁽⁴⁾。

つまり、フーコーは、「知の系譜学的歴史」を書いているつもりで、実際には「権力の歴史」しか書いて来なかったのだが、そのことを十分に自覚していなかった、権力の問題はまだ、「日常的な圧迫」・「不安」・「耐え難さ」、要するにある種の居心地の悪さとしてしか感じられていなかった、それを変化させ、問題はまさしく権力であることに十全に目を開かせたのが、68年の事件であり（それをフーコーはチェニジアで、パリとは比較にならない弾圧に晒された学生の反乱を、外国人教師という言わば安全を保障された立場から援護するという形で経験している）、その後の状況だった、ということである。ところで、この状況は、とりわけ『狂気の歴史』に対する人々の反応

の根本的な変化という形でも顕在化した。これについてもいくつかの対談でのフーコーの証言がある。たとえば

『狂気の歴史』は、ブランシヨ、クロソウスキー、バルトにただちに好意的に迎えられました。医師と精神医学者たちの間では反応はまちまちでした。ボナフェのようなリベラルなあるいはマルクス主義的な方向付けを持った人たちからはある種の関心、反対にもっと保守的な他の人たちからは全面的な拒否です。しかし、全体に、既に言ったように、私の仕事は無視されました、知識人の側からは、無関心、沈黙でした。[...] 反応と態度が修正されたというカラディカルになったのは、1968年の出来事が描かれ始め、次いで生み出され始めた時です。狂気・監禁・社会における規範化のプロセスと言った問題は、特に極左の環境では決り文句になりました。胚胎されつつあることに距離を取るべきだと考える人々は、私の本を標的にし、どれほどそれが観念的か、どれほど問題の本質を把握していないかを示しました。こうして、出版から8年して、〈精神医学の進歩〉は——フランスで非常に重要な精神医学者グループですが——トゥールーズの大会全体を使って、『狂気の歴史』を除名することにしたのです。マルクス主義者の精神医学者で、本が出た時関心を持って迎えてくれたボナフェさえ、1968年にはそれをイデオロギー的な書物だと断罪しました⁽⁵⁾。

ここでフーコーが語っている「胚胎されつつあること」とは、1960年から70年代前半にかけて世界各地で（特にフランスでは68年以降に）、活発化した《反精神医学運動》を指している。フランスでやや遅れ馳せに開花した《反精神医学運動》については、ジャック・ラグランジュが二ヶ所でその簡単な報告を行っている⁽⁶⁾ので、ここでは、それが、《患者の精神的健康を決定する医師の権力の問い直し》、《精神医学的イデオロギーと構造から解放された、狂気についての別な考え方の提唱》、《国家と精神医学の結託の告発》、《医師—看護人—精神医学の対象とされた人々間の新たな同盟の形成》を特徴とする、「地域的・散逸的・セクト的闘争」であったこと、その活動の一貫として、1972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）が結成されていることだけを、指摘しておく。フランスの反精神医学運動は、もちろん『狂気の歴史』の直接的産物というよりはむしろ60年代のアメリカ（スザツ）やイギリス（レイン、クーパー）、あるいは同時期のイタリア（バザーリア）で展開された反精神医学運動からより直接的なインパクトを得ていたのだ

が、フーコーがこの運動をどう見ていたかは、75年度のコレージュ・ド・フランスの講義『《社会を防衛しなければならない》』から知ることができる。フーコーは75年度の初回の講義で、この運動を《従属した知の反乱》と呼んで、次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ベルより下位にある知、[...] 精神医療の対象にされた者の知、病者の知、看護師の知、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⁽⁷⁾」。つまりフーコーはこの運動に、精神医学の知と権力によって知としての資格を剥奪され、したがって、語る能力と権利と機会を認められずに、沈黙と従順を強いられていた人々（若い医師、看護人、だがとりわけ精神医学の対象とされている人々）による精神医学の知—権力に対する抵抗—反乱を見てとり、まさしくその点を評価し共感をよせているのである。他方、『狂気の歴史』に「激怒した」フランス精神医学会の重鎮アンリ・エーは、フーコーと反精神医学運動とによるこの「精神医学殺し・自由殺し」に対する反論と攻撃に立ちあがる⁽⁸⁾。こうして、上でフーコー自身が言及しているように、エーは、《ミシェル・フーコーの『狂気の歴史』のイデオロギー的概念》というテーマで1969年12月6・7日にトゥールーズで開催された〈精神医学の進歩〉学会で、フーコーに討論を挑む。フーコーは欠席の返事を出した⁽⁹⁾が、エーは学会で、『狂気の歴史』を、「精神医学の正当性に意義 [ママ]」を申し立て、精神疾患概念や精神医学の治療機能の存在理由をおびやかす『精神医学殺し』⁽¹⁰⁾として激しく非難する。したがって、73・74年度のコレージュ・ド・フランスの講義は、『狂気の歴史』に市民権を与える極左的な反精神医学運動と、それを厳しく断罪する文字通りの《精神医学の権力》との激しい闘争の中で、敢然と前者に連帯しつつ、後者と戦う立場から行われているとすることができる。フーコーの第二の精神医学批判が、権力を自覚的な分析対象に据えたのは、この意味でも当然のことだったのである。

こうしたフーコーの精神医学批判の内、第一の側面——精神医学の知の認識論的批判——については、(筆者の任を超える作業であるばかりでなく)既にラグランジュの論文⁽¹¹⁾がそれを短いながら要約している上に、フレデリック・グロも詳しくこの問題を扱っている⁽¹²⁾ので、必要最小限の言及に止めて、ここではむしろ第二の側面——権力装置としての精神医学批判——に的を絞って、それをエーのフーコー及び反精神医学に対する反論と突き合わせながら読み解いて行く試みを行ってみたい。

1. 反精神医学による精神医学批判

レインとクーパーの運動にもっとも強い影響を受けたフランスの反精神医学運動の根本的な主張は、《狂気を疾患とは見做すべきではない》ということにある。たとえば、キングズリー・ホールでのレインの協力者であったジョゼフ・パ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 […。] […。] 彼 [レイン] はこの旅を、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、レグレッション 退行から プログレッション 進行への、宇宙的時間から現世的时间への、フアーティライゼーション 宇宙的豊潤化から リバース 実存的再誕への旅路である⁽¹³⁾。

レインにとって《狂気》とは、家族・労働・医療といった諸制度が個人にもたらす耐え難い圧迫の状況に、個人が応えようとして創出する特有の戦略に他ならない。この戦略は、狂気の主体を、時に非一狂気の主体が行こうとしても行けないような、内面の時一空間の深みにまで連れて行く。そこに狂気の創造性がある。したがって、彼らに必要なのは、抗精神病薬や時には電気ショックによって彼等を強制的に現実に復帰させようとする医学的治療などではなく、むしろ、彼らがこの内面の旅を極限まで遂行して、そこから別人になって回帰して来るのをサポートする空間と体制なのである。

フーコーがレインのこのような考え方に全面的に同意しているかどうかは必ずしも確言はできない⁽¹⁴⁾。だが、この考え方が精神医学に対するまったく新たな視点を可能にしたことについては、フーコーは称賛と同意を惜しんでいない。では、その新たな視点とは何か。

まず、《狂気は精神疾患ではない》という考え方は、回顧的に精神医学の歴史性を照射する。実際、『狂気の歴史』が行ったことの 하나가、まさしくそれだった。既に述べたようにこの著作は、狂気を疾患にし、狂人を治癒のためには収監を絶対的に必要とする病者にした時、彼らを治療できる唯一のものとしての精神医学が成立したことを

示した。フーコーによれば、この力業の背後に存在していたのは、もはや慈善ではなく経済的効率という観点から提出される新たな弱者援助の考え方であり、国力の増大のために広範で安価な労働力人口を必要とする経済発展だった。したがって、狂気を精神疾患と見做し、狂人を治癒可能な、つまり治癒すれば労働が可能、病者と見做す精神医学の《狂気》認識は、まさしくこの経済的欲求に込められている。《狂気は精神疾患ではない》と考えることは、精神医学の近代資本主義体制とのこうした協働関係を問い質すことなのである。

第二に、《狂気を精神疾患とは見做さない》実践の存在は、《狂気》とのもはや精神医学的ではない別な関係の持ち方が導入されたことを意味している。さらに言えば、それは、今日精神医学が自己の医療対象として取り込むに至っている、狭義の精神疾患にとどまらない広範囲の《異常性》——行動の異常や性的異常、あるいは人格の障害、等々——に対して「医学的に接近するのをやめる⁽¹⁵⁾」ということでもある。より具体的には、このことは、精神医学対象化されている人々が抱える様々な——労働や日常生活や性生活や社会生活上の——困難に、彼らの行動や苦痛や欲望に、医学的位置付けを与えず、したがって、それらを医学的に分類せず、診断と症状から解放して、彼等自身がそれを解決し管理するよう援助することができることを意味している。

最後に、第三に、もっとも重要なのは、《狂気は精神疾患ではない》という考え方が、権力についてのまったく新たな批判的分析を可能にしたことである。実際、それまでの権力分析、「同時に理論的でもあれば実践的でもある分析は、本質的に禁圧 [repression] という概念をめぐる展開した。禁圧する権力を告発する、それを目に見えるものにする、それと戦う⁽¹⁶⁾」というものだった、だが、《狂気は精神疾患ではない》にもかわらず、《精神疾患》と見做されているのだとしたら、そこにまったく異なる権力の存在が突如照射されることになる。それはたとえば、「個人の精神状態を決定するという、医師が所有しているあの権力⁽¹⁷⁾」の存在である。したがって、ここで問題にされるのは、「患者は収監されているという事実だけで、医師と看護人の恣意に委ねられた、権利のない市民になる、医師と看護人は患者を好きなようにすることができるし、訴えられる可能性もない⁽¹⁸⁾」というバザールリアの批判が含意しているような、患者の暴力的で非人道的な取扱だけではもはやない。一方では、精神医学の治療制度自体がそのものとして問い質され、攻撃される。なぜなら、エスキロールが掲げた狂人の収監—隔離を正当化する五つの根拠、「1. 狂人個人の安全と狂人の家族の安全を保障する、2. 狂人を外部の影響から解放する、3. 狂人自身の抵抗を打ち破る、4. 狂人を医学的養生に服させる、5. 狂人に新たな知的・道徳的習慣を身に付けさせ

る」は、「狂人の権力を制御し、狂人行使されるかもしれない外的権力を中和し、狂人に対して治療と調教の——《整形外科》的——権力を確立する⁽¹⁹⁾」ことだからである。また他方では、精神医学の医学的機能に隠れたもう一つの機能が明らかにされる。実際、精神医学が精神疾患の専門的医学という地位を国家によって認可されたのは、医学とは本来的に異なる任務、公衆衛生と社会防衛の任務を、自発的に引き受けたからである。フランス初の精神病患者に関する法律である1838年6月30日法⁽²⁰⁾の註釈者は、この法律の目的を、「精神病患者の隔離は、公的保安措置であると同時に治癒の手段である⁽²¹⁾」[強調筆者]と定義している。同様に、この法律をほぼそのまま取りこんでいる今日の『公衆衛生法第四篇——精神疾患に対する戦い』[L 326~355条]も、その第1章第1条(L 326条)で、「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]という自己定義を掲げている。ここで謳われている《予防》(初期段階での治療的介入)が、精神疾患患者が生み出す**危険の予防**(社会を精神疾患患者の危険から予防すること、したがって危険な狂人の強制入院)を視野に含めていることは言うまでもない。したがって、当初から一貫して、狂気の主体の取監をめぐる法的—行政的—医学的領域では、《危険》と《疾患》は背中合わせの位置にあるし、公衆衛生—社会防衛機能と医学的機能とのこの取引では、《危険》と判断される逸脱行動が、《精神疾患》と見做されて精神医学対象化されることが容認されている。したがって、ここにも精神医学のもう一つの権力がある。そして、それを支えているのは、国家の司法的—行政的権力それ自体なのである。だが最後に、もっとも根源的には、「狂気に対する非—狂気の絶対的権利」が告発される。「狂気に対する非—狂気の絶対的権利」は、「無知に対して行使される有能さ、錯誤(幻想・幻覚)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。この三重の権力が狂気を[...]疾患として構成し、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る——言い換えれば、自己の疾患に関するいかなる権力も知も剥奪される⁽²²⁾」、この事態そのものが、権力の問題として攻撃されることになる。ここにこそ、それまでの精神医学批判に対する反精神医学運動の最大の差異が存在する。過去の精神医学批判が、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⁽²³⁾」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、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医学的技術によって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主張したのである。資格剥奪された当の人々自体に語ら

せ、彼等の自己決定をサポートする動きは、そこから生まれる。そして最終的に、このような権力の批判的問いかけは、単に精神医学にとどまらない、あらゆる規範化する権力の批判への門戸を開く。「いくつかの制度が、理性と規範性の名において機能し始め、その権力を、異常性・狂気・疾患、等々として構成される行動や存在の仕方や動き方や語り方に関して、ある個人集団に行使⁽²⁴⁾」するという事態そのものが、権力の問題として浮かび上がってくる。

したがって、反精神医学による精神医学批判は以下のように要約される。すなわち、精神医学と近代資本主義体制との協働関係の告発・《狂気》の脱医学対象化・精神医学の権力——ある個人の精神状態を疾患として決定し、再適応と社会復帰の名の下に行われる《狂気》の主体の調教を治療と称し、公衆衛生—社会防衛の見地から逸脱行動を疾患化し、《狂気》の主体から主体としての資格を剥奪する権力——の批判である。

2. アンリ・エーによる反精神医学批判

このような批判に対して、アンリ・エーは晩年に、『精神医学とは何か——反精神医学への反論』(*Défense et illustration de la psychiatrie—La réalité de la maladie mentale*, 1978, Masson) を書いた。死の4ヶ月前に擱筆されたこの小著で、彼は、精神医学には科学的基礎が存在することと精神疾患は実在することを主張して、反精神医学の「精神医学殺し」に反論している。ここでは、(原著が既に品切れで入手できなかったので遺憾ながら邦訳に基づいて) エーの反論をできるだけ忠実に要約して紹介する(対応する頁数を段落末尾に示す)。

反精神医学の精神医学批判を、エーは次のような「錯覚」の産物であると断じている。つまり、1) 「精神医学一般と二次的でその場限りの『社会防衛』的機能との同一視」という「精神医学の社会的機能」に関する「錯覚」、2) 「精神医学の対象である精神疾患の問題を構成する概念の混乱」という「精神疾患の本質」に関する「錯覚」、3) 『『人間の狂気』と精神疾患の関係』の「正確な位置付け」の困難さ——それは生物科学的事象か、人間科学的事象か——という「精神病理学的事象の特異性と人間の狂気の一般性との関係」に関する「錯覚」(37—39) である。ところで、エーによれば、この三つの「錯覚」には、それぞれそれを生み出したそれなりの理由があった。

まず、第一の「錯覚」だが、「医学的精神医学の活動の存在理由は、社会に精神疾患の治療と両立できる最大限の自由を行き渡らせること」であり、したがって、「家族に

迷惑をかけ、あるいは制度化されたイデオロギーに背き、法や社会風俗の規範から逸脱する人々のすべてを、多少なりとも恣意的に監禁することではない」のに、それにもかかわらず、精神医学と精神科医が「余りにも頻繁に抑圧的・司法的・警察的体制と同一視される」に至ったことには、いくつかの理由がある。まず、本来、「精神医学と精神科医の知識と活動の対象」が、「社会的危険（犯罪、非行、反社会的反応、侵害、あらゆる種類の破壊などの『危険状態』）と正確に符合することはまずありえない」にもかかわらず、例外的に病気という事実そのものに患者自身と他人に及ぼす危険な『反応』の可能性があり、精神医学と精神科医は「それに対し職業的任務を負い責任を引き受けなければならないことすらある」ために、こうした誤解が生じている。また、どの国でも大差ない、精神病者の入・退院の様式を規定する法律とその濫用（たとえば、ソ連の強制収容所）が、精神病者用施設を制度化したために、「精神病者と社会的危険性の概念及び精神病院医師と治安責任者の機能とが、不幸にも世論では混ざり合ってしまう、精神科医は大監禁の係官と見做され、精神医学は一種の監獄制度として告発されるに至った」のである（39-40）。

次に、第二の「錯覚」だが、精神医学の知が「一般的にほとんど信用がない」のは、まず「精神疾患の概念が明瞭でなく、十分解明されておらず、論争が絶えない」からである。しかし、そのような事態を生み出しているのは、第一に、『精神疾患』という概念が一般に矛盾を喚起するものだからである。「精神の：mentale」という形容詞は「道徳のないし象徴的な人間的秩序の悪化」もしくは「疎外」を意味するものと知覚されるが、「疾患：maladie」は「身体の組織解体や自然な健康の侵害」という意味しか持ちえない。この二つの用語の結合に矛盾を知覚する感受性は、デカルト以来フッサール、ディルタイ、ヤスパースを経て、広く行き渡っている身体と精神の二元論的分離に起因している。第二に、「精神的実在の認識」に関しては、「単にそれを了解する（潜在的な志向性と動機の根源の発見）、あるいは説明する（症候を決定する器質的要因の連鎖を明らかにする）だけでいいのか」という「不確定でかつ不明瞭な」問題が、「精神医学の概念的基礎のレベルでの一種の『言語的混乱：babelisme [ママ]』」を生み出している。他方、「精神疾患」をどう評価するか——それは「精神装置を機械的に破壊するもの」なのか、それとも「驚くべき創造とかすばらしい解決をもたらすもの」なのか——も、精神医学の言語を混乱させている。だが、「こうした混乱全体は、ありのままの混乱として、すなわち、思考の法則の働きを失わせてしまう存在形態の事実そのものとして見なさなければならない。」（言い換えれば、精神疾患という概念を規定しようとする時の精神科医の思考が混乱しているのではなく、この概

念が前提としている「存在形態」自体が混乱しているのである。) だが、こうした「二元論的」混乱を捨象したところに、「精神病理学的現象はそれでもなお実在し拘束力がある」。確かに、精神疾患の概念は今日、「不確定」にまた「拡散」的に膨張しているが、「精神病理学的に極めて明確な狂気」の概念をさえも、『過激主義的』拡大によって破壊するに至ったのは、精神科医が、「精神病理学的形態から目を背け」、「すべての人類学者、社会学者、心理学者、あるいは精神分析学者に組して」、「全人類の共通根(無意識、非合理、社会的疎外)だけを考えるようになった」からである(40-43)。

最後に、第三の「精神医学は自然科学か人間科学か」という問題だが、確かに「医学以外の問題」すなわち「社会の中での人間の一般的疎外の混沌状態、あるいは『正常』(すべての人間を括弧つきで狂人に仕立て上げる)とも『異常』(括弧つきで誰も病理学的に狂人ではないと異議を唱える)とも取れる数知れぬ動因、動機、あるいは情動興奮」が、「精神疾患の^{リアリテ}実在を隠蔽して解体させている」としても、「精神疾患が人間の自然の疾患を意味し、文化と相関する偶発的变化を意味しないとすれば」、精神医学の「守備範囲は、生物学的医学的領域にあり、社会心理学的領域にはない」(43)。

したがって、反精神医学が、精神医学の社会的機能に対しては、それを「拘禁主義 carcéralisme」の名の下に、「自由に対する攻撃」であるとして告発し、精神疾患の本質に関しては、「精神疾患概念の完全な忌避」を主張し、精神病理学的事象の特異性と人間の狂気の一般性との関係に関しては、「精神医学領域の過度で無限の拡張」を「よろず主義 n'importequisme」の名の下に非難するとしても(45)、それらはすべて、上記三つの「錯覚」に基づいているのだから、謂われなき「誣告」に他ならない。こうして、エーはその一つ一つに次のように反論する。

1) 精神医学の社会的機能——「拘禁主義」に対する反論

まずエーは、精神医学の公衆衛生—社会防衛機能の批判を取り上げる。この批判は、精神医学を「理性による非理性の抑圧組織」として呈示する。「精神医学は、機能そのものが人間の行動、思想、言説の伝統的な社会秩序に手を加え、修正し、立て直し、維持するか修復するもの」として『有罪の宣告を受ける』のである。だが、フーコーが『狂気の歴史』で描き出したこのイメージは、精神医学の社会的機能のグロテスクな戯画でしかない。実際には、「精神医学的機能は、逆に、個人に委ねられるか、与えられるかしている自由をさらに拡大するという意味でしか行使されえないし、また行使されるべきではない」からである。「精神医学は、社会秩序にとって、邪悪で、不品行で、危険で、邪魔な人間を監禁したいという欲求から誕生したのではなく、精神

病理的事象の明証性から生じたものである。したがって、自由の剝奪はその目的ではなく、ただ、手段の一つ、それも「何よりも、疾患の結果そのものによって失った当の自由を患者に取り戻すという、真の目的を達成するための、付随的な手段の一つなのである」(46—47)。

それでは、なぜこのような「誣告」がなされるのかと言えば、その理由は、反精神医学が「精神疾患の存在と実在性^{レアリテ}を先験的に否定する」ことにある。「現実^{レアリテ}との照合がまったく行われぬ(妄想と同様に)ので」「くつがえしようのない」この「独断に満ちた確信」は、「精神疾患の実在性^{レアリテ}」が「深い本質的なところで、人間存在の構成の脆弱性に由来していることをどうしても承認することができない」のである。もう一つの理由は、「精神の医学 *médecine mentale*」の最初の対象が、『『癲狂者 *aliénés*』、すなわち理性を失った患者たちと、彼らが自由を失った『癲狂院 *asiles d'aliénés*』』だったことにある。そのために、狂気、つまり「主観的空間での自由喪失」と、収監、つまり法による「自由剝奪」との「因果関係が逆になるという、誤ったイメージ」が作られた。こうして、「精神病理を棚上げして、法律的一行政的空間の中でしか」精神医学の機能を検討しない時、精神医学はもっぱら拘禁主義的なものとされてしまうのである(48—49)。

確かに、「隔離」は「癲狂者、あるいは痴呆者を集団として医学的ケアの対象とすることができる [...] という進歩をもたらした」ので、初期の精神医学は「制度的『拘禁主義』を承認した」、「従って、病的形態の中に閉じ込めるだけでなく壁の中に閉じ込めてしまうこの拘禁空間が、根本的に、救護、看護、治療の場として、方向付けられていたことを念頭におけば、[...] この発展段階に向けられる非難は、部分的にはうなずけることもある」。だが、「精神医学の機能は、精神疾患の臨床的実体^{レアリテ}をより良く定義し、認識し、治療するために、自らを確立することであった」から、「臨床的経験の力」によって、『『癲狂院精神医学 *psychiatrie asilaire*』』は現実には、精神医学の基本型とはならなかったし、また、終局の型ともならなかった。「精神医学体制の進歩」は「常に反癲狂院的方向に進んでいる」し、「拘禁制度に終止符を打った」のである(49—50)。

1838年法についても、「同じ批判的視点から検討すべきである」。確かにこの法律は、「癲狂院の医師が着想し、大部分彼らが起草した」彼らのための法律であったので、「監禁は彼らの欲求、性格、使命のあり方を表しているかのように解かれて」しまった。精神科医は、「社会防衛の法律」によって「不幸な人々に過酷に適用されている」『『制度化された暴力』』の共犯者に仕立て上げられた。「だがこの抑圧機能は、精

精神科医が社会的法的及び行政的機関で演じる役割の本質的部分でもないし、主要なことでもない。実際には、その逆とさえ言えるのである。精神科医は、患者を引き取って世話をするために、病理的であることを言わなければならないことで、一般的法律の厳しさから患者を免れさせるのである。」精神科医を「誹謗」する人々は、「精神病理は臨床的実体^{リアリテ}に対応していること、そして精神科医は、[…]患者に最大限の自由と最小限の拘束的時間空間を保証するという本来の義務に従い、抑圧には対抗し、臨床的現実^{リアリテ}の作用や規模に応じて、正確に対応しようとしていること」を忘れている(50-51)。

次いでエーは、精神医学的治療に潜在する権力の批判に答える。確かに、「治療的強制は[…]治療制度のうちで、[…]最も『厭うべき』面の一つであろう」が、「精神医学でもある程度まで、目的(救いの手を差し伸べ、緩和し、癒すという望み)によって、手段(処置、処方、保護措置)が正当化されるはずである」。また、「患者本人ないし他の人々が、精神病を自覚していないか否定している場合に限り、強制収容は正当化されるし、時には強要もできる。」実際、患者の「協力拒否、病気の無自覚と否定、自己批判不能、自己及び他者攻撃反応、希求死、不治欲求など」は、精神疾患の「実在^{リアリテ}を隠蔽し、病気の治癒を危険にさらす」。このような「患者の無知は、正確に言うと、無意識、痴呆、妄想、疎外の病理的構造に属する」(言い換えれば、患者から彼の疾患についての知を剝奪しているのは、彼の病理的構造である)ので、「精神科医は、病気の実体^{リアリテ}と、病気が患者に与える可能性のある危険を念頭に置かなければ、自らの行為や判断を行使できない」、したがって、治療的強制に対する非難は、「精神疾患は神話に過ぎないという錯覚を語っているにすぎない」(51-52)。

実際、「すべての医療行為が、[医師と患者の]両者を隔て、ある意味で対立させる客観的空間を生じさせるとすれば、たとえある程度の命令と服従が医師-患者関係という人間的な空間的偏りの中に置かれるとしても、精神医学的作業の範囲(診察、鑑定、入院診断書の作成、治療処方)以外のものが入り込む余地はない」、したがって、「この権力的空間は、医師が自分を全能の権力者だと思い込むほどに、階層化されているわけではない」。確かに、「精神医学的行為の適性、性格、様式は[…]医師の権威に負っていることは論を待たない」。だが、「精神科医の医療倫理の本来の意味は、精神疾患の現実^{リアリテ}と対決することであり、言い換えると、社会と関係する別な個人的問題(外的問題)と関連している自由の内的(または存在論的)問題の異常と対決することである」から、精神科医が、「自由意志の行使そのものによって、自己本来の道徳的責任において、自らの義務を負うことは、まったく当然である」。したがって、治療的関

係における医師の権力行使が、「グランギニョール風」のグロテスクなイメージへと歪曲されるのは、医師の過剰権力のためではなく、むしろ、「人間が通常、自由特有の不安におびえてしか生きられない社会では、精神医学は本来の姿や働きを歪める使命や職業的歪曲を引き受けざるをえない」という状況があるからである。「このような社会では、精神医学には自由の問題によって真の対象を失うという逆転が起こる。この有害な歪曲によって精神医学の真の対象は偽もの、すなわち考え、抗議し、逸脱する自由という対象にすり替えられるのである」(53-54)。

では、エーにとって、精神医学の真の社会的機能とはどのようなものなのか。それは抑圧ではなく解放、患者の自由の剝奪ではなくむしろ自由の回復である。「2世紀にわたって成し遂げた精神医学的研究のすべては、どのような強制手段に訴えることも制限して、精神疾患から患者を護り、さらに患者が疾患と無関係な法律機構に強制的に服することのないようにするための、たゆまない研究以外の何ものでもなかった。精神科医の使命は、[...]患者を疾患から、本質的には自由を阻む病理である疾患から解放することである。[...]精神医学[...]の唯一の目的は、精神疾患の人が自由を取り戻すこと、癲狂院の壁から出て取り戻す自由ばかりでなく、存在の精神病理的組織解体によって結局は本人が囚われ人になっている自由をも取り戻すように援助すること」である。したがって、「精神科医は[...]人身保護法 *habeas corpus* によって稀に拘束が避けられない時でも、それを緩和して軽減しようと徹頭徹尾気を遣っている」し、実際、「解放へ向かう精神医学全体の進歩、さらに精神病院システムの解体は、まず第一に精神科医自身の功績によるもので」ある。刑法 64 条に関わる精神鑑定医の役割についても同様である。「精神科専門医 [ママ, 精神鑑定医 *expert psychiatrique* のことか] が責任能力がないと認めた者を重罪院などには出廷させないし...いかなる場合にも、被告人の罪状は最終的に精神科専門医 [ママ, 上同] が決定するのではない」。要するに、「精神科医の医学的、社会的機能や役割の本質は『区別的 *diacritique*』であること、すなわち精神病理学的であるものとそうでないものを識別すること *discriminer* ことである。」だが、もちろん、識別は排除のためではない。「L. Bonnafé が精神科医を『脱疎外する人 *désalienant* [ママ]』と論ずるときに、実際に、精神医学の本質的機能と人間として精神科医の果たすべき役割をいみじくも示唆している。癒すこと、すなわちノーマライズすること、すなわち自由を奪う精神疾患から患者を解放することである。」精神疾患の予測罹患率は人口の 10% を超えることはないのだから、「理性を失うのは現在、過去、未来を含めてわずかな数に過ぎず、言わば、その自由は精神医学がもたらし保証する[...]。精神医学の意味とは、存在の内的変化のため

に自由に科される病理学的制限の問題を解決するということ、まさにこの一点に尽きる。[…] 精神医学の全機能は、[…] 社会の自由を最大限に行き渡らせるようにして、社会の包含 contenir しているわずかな比率の精神病患者と共存できるようにすること」に他ならない (118—119, 121—122, 123, 125)。

2) 精神疾患の本質——精神疾患の「神話」に対する反論

《精神疾患は存在しない》という反精神医学の「命題」は、エーによれば、「精神疾患は精神の問題であるから、身体病理、生物学あるいは医学の対象である病気の枠にはめるのは誤りであるとする」心身二元論的立場に立った主張である。したがって、「最も普通の反精神医学的立場は、精神病理と器質病理を同格扱いにするのは論理的に非常識だと告発する」ことである。だが、確かに「精神疾患を器質的病気（生命力の身体的疾患）や神経学的、あるいは生活関連の道具的崩壊（本来の神経病）と混同」するべきではないとしても、それでも精神疾患は「統合システムのような全体に関わる脳病理に属すると考え」ねばならない。「精神医学は、人間を正常な状態に維持する（^{レアリテ}実在の統合系の）組織の変形そのものという現実の^{レアリテ}一形態を対象としている。この^{レアリテ}実体は直接には把握できないし、知覚できないことは明らかであるが、しかし、だからと言って、精神疾患を本当の病気と見なす […] のは医学として非常識だという」議論は「正当化できない」。ところで、精神疾患が存在するなら、「疾患の全体的概念は […] 『損傷 lésion』の概念、つまり生体組織内の（解剖生理学的及び機能的）非連続性の概念を必要としている。この点、『病気』は必ず、無秩序と異質性の現象として出現するはずである。」だが、精神疾患の存在を認めない反精神医学の「暴力的議論」は、病因を他に求めるので、「精神医学は、精神疾患の異質性（その機械的モデル全体の）しか見ず、精神疾患と人間の条件一般とを結ぶ同質性、連続性、もしくは一致性を見抜けない」、言い換えれば、「精神医学が『精神疾患』と称しているものは、人間存在の『環境 milieu』、それを取り巻く『環境 milieu』と意味が連続していること」を、精神医学は「無視している」として、非難するのである。この点で、「精神医学の誹謗者たちの心因論的（または精神力動的）発言と社会因論的（または環境論的）発言」は「かみ合っている」(56—60)。

心因論者は、「精神医学」が「症状を機械的因果関係の結果としてしか考えていないと非難する」。だが、「人間の意識が正常では抑圧する幻想 *fantasme* と欲望の世界の潜在的意味の現れに他ならない精神の『病気』という『心的^{レアリテ}現実』を否認するとすれば、この異議申立ては道義的に非常識な告発で」あるばかりか、「精神疾患がついに理

性から解放された精神の天才的創造、すなわち素晴らしい『突破口』としてしか見えないという、さらに馬鹿げた誤^{コントロール}解まで生まれることになる」。したがって結局、「精神疾患の心因性の概念 […] は […] 悪の意味と問題を疾患概念に置き換えて再び説明しなおすだけである。」このような考え方は、「人が皆現実に自分の内に欲動の弁証法として持っている悪だけでしか精神疾患の意味を認めない」、だがその時には、「あらゆる人間に共通の継続性を形成している劇的地形の大海に精神病理学的事実を溺れさせることで全く単純にそれを否定してしまおうとする結果、特定の人だけに限られた病的特殊性を説明することができなくなってしまう」(60—61)。

他方、「外的環境の病因的」役割を主張する立場に立てば、「精神医学が『疾患』として認識し、扱っているものは、外的環境、本質的に社会的環境が人間存在に及ぼす影響の結果以外の何ものでもない」。この批判は、一方では「反応の概念」を援用する(つまり、精神疾患を様々な外的環境に対する主体の反応と見做す)が、それは「疾患の性質、ある種の力や組織の破損をもたらすものを疾患から削除すること」であり、「適応能力と抵抗能力にしか力点をおいていない」。だが、「生活関連のレベルでは、状況への適応性変化、適応性反応が起こるのは当たり前であるし、反応が病理的となるのは、正常に適応している行動の減弱 *ménoration* が起こるときだけである。換言すれば、様々な外的反応(生存の困難、攻撃、侵害刺激)と精神反応の同質性は、生活関連の規範であり、「病理の指標」となるのはあくまでも「異質性」なのである。他方でまた、この批判は「社会の病因的作用」を強調する。この場合、精神疾患と見做されているものは、「『ただ単に』社会の悪徳、社会が媒介し、分泌し、制度化する悪の形態にすぎない」。だがそれなら、「精神の健康については、『精神疾患』とまったく同様に、都市の政治構造と、それが及ぼす個人的意識への反映の善悪二元論的次元での存在の価値判断以外の何ものでもないことになる」(62—64)。

結局、「『精神疾患』を人間一般の意識(および無意識)の道徳的ドラマという方だけに還元するか、あるいは社会の中で社会によって制度化された悪の結果に他ならないとすれば、実際には精神疾患は存在しないことになる。しかし『真実の病気』としての精神疾患を否定しても、精神病理学的事実は説明されないし、現実に除去もされないのである。精神病理学的事象の存在は […] 彼等が精神病理学的事象を否定するときでさえ、『真性の精神疾患』のある種の量的実在を認めざるをえないという必然性によっても証明される」(64)。

したがって、精神疾患は実在するし、それは、「客観的な臨床特徴の認識」を通して証明される。「精神疾患は、症状だけに一定の症候群の一貫性、内的一貫性を付与する

知識を背景にして、それだけで判読可能となる。「この『判読可能性』（理解可能性）は、厳密な徴候の記述に始まり客観化作業が進むにつれて明らかになり、**精神病理学的事象の本質**を引出す。「観察し、診断し、予後を判断することを学ぶこと」は、「本質的に、徴候の現れ方から見て、とりわけ心的生命の組織解体の潜在的構造を認識することであり、不調や欠陥など、多少とも疎外の障害と呼ばざるをえないものの潜在的構造を認識することである」。こうして、「文字通り症候学的に典型的な様相を通じて、**組織解体過程仮説**が立てられる。[…] この過程というのは、精神病理状態を障害、負の価値の上昇、^{コントロールサンス}逆行として鑑別する臨床的判断 […] を下す過程」である。「精神疾患の臨床的実体は、^{リアリティ}関連生活の規範的組織を侵す、**病的過程**を認識することによってはじめて正当化できる。精神病理学的事象が認知、識別できる具体的な形態として現れる限りにおいて、疾患や経過や知的不全障害などがこの客観化の対象となる。」この「『正真正銘の精神病理学的』形態の実体は一つの構造と符合しており、その構造によって、意味を付与し保持する表面下に残存するさまざまな活動性の症状が解体（^{コントロールサンス}逆行）という欠陥の様相として一括される。」したがって、「精神疾患の実体はそれ自体さらに複合された解体として認められ、従って、機械論的過程には還元不能であるが、しかしまた『純然』たる精神的、あるいは意図的過程にも還元不能である。[…] 存在あるいは意識の病理学的形態全体がそうしたダイナミズムを内包するので、[…] 存在の解体作用の認知こそ真の臨床的認識の唯一の狙うべき対象となる」（103—108）。

次いでエーは、このように定義された精神疾患（存在の病理学的解体）の存在論を展開する。まずエーは、「Freudの定式に正確に準拠して」、「人間の本質」を、「死に対する負のエントロピーの組織」、だがまた「その統合の上層部ではエスが自我になるのを妨げるものに対する負エントロピーの組織」と定義する。「人間の本質は、生まれながらの原始的で古風な本質を超越する可能性によって、個体の存在となりかつ創造するので、それぞれに単に備わっている以上の存在である。[…] 人間存在は、遺伝的プログラミングには還元不能なので、個体に特有なプログラム（かつてエスであったところを自我にしなければならぬ Wo es war soll ich werden）、実存的設計、価値体系を持つことができるし、また持たなければならぬ。」言い換えれば、「人間存在というのは存在要因だけではなく目的要因によって定まる。人間が存在の統合を望めるといふことは、実際に、価値体系の意味を形成するのである。」したがって、「**精神病理学的存在**を構成するのは」、「あの目的論的秩序の逆転であり、目的論的秩序の『平衡』と動きの不確かな確率が不安定性と脆弱性の中に巻き込まれる逆転である」。

「精神病理学的存在は、[...] この組織化の秩序（計画と制御）から脱落することによって成り立つと言える」。「精神病理学的事象は、統合という高次元の構造解体をもたらす限りにおいて、制御システムと自律システムの組織解体と対応している。確かに、一般的に精神病理学的存在は、主体であり作者であるその個人によるその存在の支配レベル、創造レベルでの『最高レベル highest level』の統合システム自体の解体としてしか規定し得ない」（108—111）。

3) 精神病理学的事象の特異性と人間の狂気の一般性との関係

——「よろず主義」に対する反論

「精神医学に対する第3の中心となる非難」は、その「よろず主義」、言い換えれば、「概念の放任主義」と「概念のインフレーション」（「漠としたレッテルの不当な際限のない広がり」）に向けられている。エーは前者を「狂気の捏造」——「あらかじめ捏造した『疾病単位 entité』を实在の疾患として通用させる」——と、後者を「『精神疾患』の範囲の拡大と言語的解体」——「すべての人間の事象を人為的に無限に精神医学用語に翻訳できる」——と定義し直して、そのそれぞれに反論する（65—66）。

A. 「精神疾患の捏造」に対する反論

エーはこの批判を二つのレベルで受け止めている。

第一に、「精神疾患の捏造 la fabrication artificielle des maladies mentales」は、基本的には、精神医学の疾病学の擬似科学性に向けられる非難である。確かに、「医学的『疾患』の定義とは、[...] 肉眼的な特徴、正確な原因、病因論的障害の認識の一致を必要とするとするれば、それはめったに達成できない理想である」。だがそれでも、精神医学の疾病学は、「不完全ではあっても、臨床の見地から認知可能な『相関的 *physionomique*』識別を可能にしている。」クレペリンまでの精神医学が残した「精神疾患の種類 [...] は、[...] ほとんど異論の余地はない。なぜなら、[...] 観察者はすべて、[...] 臨床像の^{レアリテ}実体を容易に納得できるからである」。「この疾病分類学的カテゴリー」は「何らかの^{レアリテ}実体と対応している」。したがって、「精神病理学的構造形式が生成過程の臨床的表現であり、また、本質的に心的生命の内因的な組織解体作用を表す『症候群』であるなら、それらはこの意味で識別（既知と認知）され得るし、「病理学的兆候の構造が詳細に観察でき、はっきりと理解できるようになれば、精神医学は通貨偽造である」と非難することはできない（66—69）。

だが第二に、この非難は、精神医学が「『権力』の抑圧的機関として精神疾患の捏造

を行っている」ことにも向けられている。つまり、「精神医学は社会的抑圧の代行者として、社会、国家、支配階級が排除するすべての者たち、すべての逸脱者、非順応主義者、アウトサイダー、反体制者、法を転覆する反抗者に『精神病患者』のレッテルを貼ることに満足している」と非難されるのである。「公的権威、特に司法が要求するすべての精神医学的行為」、また、「精神医学的司法鑑定」がこの非難に好餌を提供している。だが、「たとえ『誰か』（専制的強制収容を命じる権力機関、あるいはそれに盲従する精神科医）が、国家やイデオロギー目的で精神疾患を捏造するとしても、政治的理由による専制的強制収容と、現実の精神疾患、すなわち客観的な精神病理学的組織解体に対する処方的強制収容との間には差異がある（69—70）。（言い換えれば、権力と精神医学の結託による、反社会的行動の精神医学対象化が存在するとしても、それとは別に、厳然として精神疾患は実在するのだから、二つの強制収容は区別して考えねばならないし、「精神疾患の捏造」という非難は、後者については該当しない、ということである。だがこれは明らかに、問題のすり替え、あるいは少なくとも一方の（しかも、真に問われている）問題に意図的に目をつぶることであろう。）

B. 「『精神疾患』の範囲の拡大と言語的解体」に対する反論

精神医学の「よろず主義」批判は、また「精神疾患」という概念のインフレーションにも向けられている。だが、おもしろいことにエーによれば、ここでは「よろず主義」に陥っているのは、実は精神医学ではなく、その「誹謗者」たちの方である。なぜなら、「精神疾患の概念は許容範囲と境界線できわめて厳密に範囲を定められている」のに、精神医学を批判する人々は、「その概念に背を向けて」、「意味を流動化させ」、精神疾患とは無関係のよろずのことをそこに押し込んでいるからである（71）。その結果、「精神疾患」という概念の範囲が無制限に拡大されて、この用語自体が言語的に解体させられているのだ。こうして、ここではむしろエーが、精神医学批判の「よろず主義」を批判するのである。

a) 「平均化の技術 [ママ] L'équipotentialité technique」の批判

反精神医学の「よろず主義」は、「技術的側面（制度的、治療的、職業的）」に「ある種の墮落」を引き起こしている。言い換えれば、「これらの技術を人間的なものにするという口実の下に、技術が[...] 通俗化され」ている。たとえば、「癲狂院監獄の解体運動」がそうだ。「その過激な急進主義は、精神病理学的事象を人間の条件という一般問題に解消して、その特殊性と実在性を否定しようというところまで行っている。」

確かに、「癲狂院から精神病院への移行、ついで精神病院から地域や共同体的精神医学への移行」は、「2世紀にわたって実現してきた進歩」であり、その成果——「精神医学の主な場所が病院から共同体そのものに移ったこと」、「治療制度の変化」、「精神医学的治療が施設の外で行われるようになったこと」、「閉ざされた二人きりの関係に代えて、グループ、共同体、治療環境を使う」こと、「学校、ディスパンスール[無料診療所]、刑務所で精神の障害を見つけ出す」こと——は、それ自体としては望ましい。但し、「精神疾患という概念だけは失われない」という絶対的条件がある。「整理しなければならないのは精神疾患との関係であり、治療、社会復帰、要するに[...]ノーマライゼーションの技術全体としての、援助、クリニック、ディスパンスール、治療的共同体の組織化である。」逆に、「すべての責任、すべての専門技術、すべての医療倫理を忌避するよろず主義」、つまり「医者もまたその患者同様に（いやそれ以上に）発狂しており、看護人は医師に相当し、患者は患者同士で医師なしで回復することができるし、治療的行為には何の技術も必要とせず、あるいはその技術は誰にでも手の届くものである」という考え方は、精神医学を「俗化」させ、「万能のシャーマニズム」に委ねさせることになるので、「望ましくない」(71—75)。

b) 「理論的平均化 [ママ] L'équipotentialité théorique」の批判

「精神医学的言説は、その定義、すなわち、範囲限定そのものを忌避するために、精神の『異常』概念の体系的インフレーションを引き起こす。「この精神医学的過激主義」では、最終的には、「正常と異常」は「慣習的事柄、あるいは社会文化的表現そのものでしかあり得ないということになる」。それは、「すべての人間的現象を共通した平面上に広げ、あるいは完全な等質的平面上に並列して、一種の全体的圧延化に向かうのである。したがって、「たとえ精神医学的思想が、[...] 差異の識別機能を確認できる科学的知識で」あっても、「この精神医学的思想の解体運動の中では、[...] すべてはその守備範囲の無制限化として現れる。精神疾患概念の度を越した拡大解釈とそれがもたらす『管理行動』は拡大解釈されるごとに、墮落と否定に向かってさらに歩を進める」ことになる。エーはこの拡大解釈の四つの段階を批判的に取り上げて、精神医学の無罪性を論証しようとしている (76—77)。

1. まず、精神医学自体が、実際にこうしたインフレーションを行っている。精神医学の診断学・疾病学においては、「重度な型の」精神疾患から「境界」例や「精神病質人格」等まで、「精神疾患概念そのものの滑らかな移行が指摘されている」からだ。こうして「精神医学の領域の拡張」が様々な事象を「次々と併合していくことで」、確か

に、「精神病理学的事象の確実性は失われて行く」。だが、「この拡張はある意味で進歩である」。「なぜなら明らかに、精神医学の対象」を重度の精神疾患に「限定することはできないからである」。そればかりか、この拡張は患者のニーズに答えている。実際、「刑事裁判で疑わしい例では被告に恩典を与えるべきであるのとまったく同様に」、「病気と見なされる恐れがある者に対しては […]、本人の利益にかなうよう取り計らうべきである」。つまり、疑わしきは疾患と見做すことが、患者の「実際的な必要性」に答え、援助し、「要求に答え」、「救いに行く」ことになる場合があるのだ。「精神医学の守備範囲がすべての不幸な人々や人間の条件の『問題』全体へと際限なく広がるのは、まさにこのような理由のため」なのである (77-78)。

2. だが、心理学と精神医学の関係となると、エーの態度はもっと厳しくなる。「精神医学のインフレーション」は、この二つの分野の「相互浸透」を、すなわち「生活関連の障害（主体の能力や素質の環境との共存や反応の問題性そのもの）が、精神医学的知識と実践の対象として『扱われ』、心理学全体が一般化された『精神病理学』に際限もなく取り入れられる」という事態を引き起こしている。だが、こうして「精神医学領域を巻き込んで人間性の道徳的問題と混同する『精神 psy』(心理学者、精神分析学者、社会精神医学者)の巨大な波が急激に広がって行く」なら、「精神病理学的現象を区別する差異化が無効になってしまう」。この「よろず主義」は、「完全に差し替え可能な平均化の中で、精神科医と心理学者を混同して、どちらにとっても同様に有害な混合物にしてしまう」。「精神科医と心理学者がそれぞれの仕事の特徴を認めて混同しないように、心理学を精神医学からもっとはっきり分離すべき」なのだ (77-78)。

3. 犯罪学の領域では、問題はさらに重大である。「犯罪者、あるいは少年非行者にまで精神病質的異常の概念が拡張された」からだ。だが、事態が深刻なのは、その結果「主客転倒」が起こっているから、つまり「犯罪学」が「精神医学に吸収される」のではなく、逆に「精神医学を吸収する」番になったからである。実際、「犯罪学が自ら『臨床医学』と称し、犯罪学者が『臨床医』を名乗り、刑罰の執行者 […] は『治療すること』しか夢みず、精神療法家、心理学者、精神分析学者、犯罪学者、おまけに […] 精神科医まで軽犯罪者の『治療』に明け暮れているというのは、 […] この精神疾患概念、及び『境界例 borderlines』、『境界症例 cas—limites』、またいわゆる『精神病質人格』、非行の様式全体、犯される反社会的危険性、あるいは潜在的な反社会的危険性などの補足的概念が、拡大解釈されていることの証明以外の何ものでもない」(80)。

4. だが、もっともエーが激昂するのは、**社会学と精神医学の関係**の場合である。「精神疾患が生活関連で、[...] 主体間関係の面で、[...] 文化的または社会的局面で現れる」ことを理由にして、「精神の『病気』は [...] 『社会症 sociopathie』であるという考え」、「精神疾患は本質的に社会的であり、社会的異常は精神疾患のモデルである」というテーゼが、「内的（及び個人的）異常も外的（及び社会的）異常も同じと見なすよろず主義者の言説によって、余りにも広く悪用されている」ことに、エーは怒りを隠さない（82）。

たとえば、「**ミクロ社会学**（家庭環境や状況的環境）」では、「『精神疾患は』社会的事件だとか『人間関係の』事件のように見えたり考えられがちである」。そこから「精神疾患は**単純に外部環境から起こる**事件であって、外部環境だけがその出来事の病理学的形態の**原因である**と推測されやすい」。その結果、たとえば、「家族の規範に合わないこれこれの並外れた感情や不適応行動」は、「何らかの家族的状況（葛藤、同一化、依存、死別、愛、憎しみ）を、[...] 過去のこれこれの様相を呈した時に任意にスライドさせて関連付け」る、「こじつけ」によって「説明」されることになる。だが、「『精神疾患』の解体を人間関係の解体と見る概念は、原因と結果を取り違えていると言すべきである」（82—84）。

だが、「精神疾患概念がさらに決定的に消滅する」のが見られるのは、「精神医学と社会学の**巨視的レベル**」でのことである。そこでは「精神疾患は [...] 社会的規定によってしか認定（及び否定）できないもののように見える [...]」。精神病理学的事象を社会的事象一般と同一視することで過小評価し、精神医学を『人間科学』という混沌の中に見失わせるインフレーションによって、個人の精神病理が社会的精神医学に変えられてしまっている」。だが、「『精神疾患』の文化的形態とそれを支えている文化対応仮説を認めることは、精神病理全体及び社会的集団の倫理的、民族的、思想的構造の絶対的相対性の上に立つ考え方である。それゆえ、この認識は、文化対応精神医学が、『精神疾患』はこの社会的現実との関連でしか類似することはないということを示さない限り立証されない。」ところが、「比較文化精神医学の研究の最良の成果は、精神患者は文化圏が違っても、正常な人々よりも患者同士の方がはるかによく似ていることを明らかにしたことである。精神の病理は [...] 文化には左右されないと言すべきである」（84—86）。したがって、それにもかかわらず、個人の精神病理を社会の病理と強引に関連付けるなら、それはきわめて《危険》な事態を生むことになるだろう。

要するに「精神疾患」を逆に社会的非順応主義にしまう考え方というのは、国家の法律に照らして、法律違反者、異議申し立て者、反抗者、抵抗者、破壊活動家、あるいは逸脱者と認められる者たちをすべて精神疾患者と同一視することである。このような考え方は論理的というより倫理的非常識であることは言うまでもなからう。「精神疾患」をただ単に人間集団の外的基準に不順応であるとか、国家の思想統制に不順応であるというだけで排他的に定義するとすれば、非順応主義者の癲狂院への拘禁を「正当化」するものである(86)。

この主張にはしばらく足を止める必要がある。と言うのも、この発言は、精神医学批判の言説に対するあからさまな無理解、さらに言えば聴取能力の欠如に基づいているのではないならば、露骨な詭弁だからである。「精神疾患」(と見做されているもの)が実際には「社会的非順応主義」に他ならないと考えること(たとえば、《精神患者》とは、「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(トーマス・サス)、あるいは「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」(トーマス・シェフ)という考え方⁽²⁵⁾)は、社会に順応しない(あるいはできない)人々を「精神疾患者と同一視すること」ではまったくくない。Aが**実は**Bであると言う時には、AとBは同じものであると言っているのではなく、Aは存在しないと言っているのである。これを、 $A=B$ 、ゆえに $B=A$ と単純化して見せるところに、この発言の根本的な無理解もしくは意図的な詭弁がある。したがって、確かにそのような「同一視」は、「論理的」にも「倫理的」にも問題があることは「言うまでもない」。だからこそ、その「同一視」が批判されているのである。この批判は、「精神疾患」を「不順応」や「不順応」によって「排他的に定義」しているのではないし、ましてや「非順応主義者」(社会的不順応者・非順応者)が「精神患者」として拘禁されることを「正当化」してなどいない。反対に、ある種の人々が、「不順応」や「不順応」を理由に精神医学対象化され、拘禁される事態が「正当化」されていることを、告発しているのである。

この発言に端的に現れている無理解あるいは詭弁は、「よろず主義」に対する反論それ自体にも、同様に読み取ることができる。ここでエーが批判している「精神疾患概念のインフレーション」には、明白に二つのカテゴリーを峻別することができる。一方には、「精神疾患」を「境界例」や「人格障害」に、「生活関連の障害」に、さらには「犯罪」や「非行」にまで、拡大しつつ希釈する、精神医学固有の、あるいは心理学一般や犯罪学と結び付いた精神医学の、まさしく《何でもあり》^{ナンボルトキスム}の言説と実践があ

る。他方には、こうした言説と実践を告発し、「精神疾患」そのものを家族内的葛藤や「社会病理」に還元して、その存在を否定する、反精神医学の言説と実践がある。だが、エーはこの二つのカテゴリーを「識別する」ことなく、「よろず主義」的に一括りにして、それを精神疾患概念のインフレーションを生み出す「よろず主義」と呼ぶのである。その時、精神医学の「よろず主義」は、それを批判する言説共々、精神医学を解体する「よろず主義」へと逆転され、その全体が反精神医学の言説へと投影される。だが、反精神医学が批判している当の言説についてまで、反精神医学に責任を取らせようとするのは、明らかに不当なことである。しかし、エーのこうしたかなつんぼ的もしくは詭弁的な論理構成の根本に見なければならぬのは、おそらく、非一知の欲望に従う無意識的な合理化の機制や、ためにする歪曲ではなく、むしろ《精神疾患は存在する》というこの精神医学者の固い信念であろう⁽²⁶⁾。この「精神疾患」という語によって彼が意味しているのは、既に見たように、主体の統合システムの病理学的組織解体であり、エーにとってはそれこそが、精神医学のみが取り扱うことのできる独自で文化貫通的な対象である。このような立場からすれば、精神疾患概念を限りなく希釈する（時に心理学や犯罪学と手を結んだ）精神医学自身の言説も、精神疾患の存在を否定する反精神医学の言説も、共に、精神医学の固有の対象である「精神疾患」概念を解体するものであることには変わりがない⁽²⁷⁾。このことに比べれば、この二つの言説が、出所を異にし、本質的に相対立するものであるという事実は、ましてやその内の一つが精神医学自身の言説であるという事実は、取るに足らない事柄なのだ。彼の耳には、「精神疾患」概念にそれとは異質なものを持ち込む言説は、それが何であっても、同じ「精神医学殺し」の「よろず主義」的言説にしか聞こえないのである。まさしくエーは、固有なものとしての精神医学を、それとは異なる一切から防衛^{デフアンス}するためにのみ発言している。

(以下次号)

注

1. Jacques LAGRANGE, 《Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault》(以下《Versions …》と省略する), dans *Michel Foucault et la médecine — Lectures et Usages*, Edition Kimé, 2001, p. 121.
2. Cf. Michel FOUCAULT, *Le Pouvoir psychiatrique*, Gallimard-Seuil, 2003 (以下 *P. P.* と省略する), pp. 14-18.
3. 《Versions …》, *op. cit.*, pp. 126-127.

4. 《Entretien avec Michel Foucault》, *Dits et Ecrits 1954-1988*, Gallimard, 1994. (以下 *D. E.* と省略し, 巻数と論文番号を挙げる), t. IV, n. 281 pp. 82-83.
5. *Ibid.*, pp. 59-60. 類似の発言としては, 「私が狂気や収監に, 後に医学に, これらの制度に潜在している経済的・政治的構造に, 関心を持ち始めた時, 驚いたのは, 伝統的左翼がこれらの問いにこれっぽっちの重要性も与えていなかったことです。左翼のいかなる報告・研究・雑誌も当時の私の見方に言及や批判はしませんでした。これらの問いは彼らにとっては存在していませんでした。[...] 1968年以降になってやっと——[...] マルクス主義的思考を真に動揺させたあのプロセスの過程で——これらの問題は政治的反省に登場しました。[...] 言わば私は連結された, と言うかある時, 市民権を受け取ったのです」《Michel Foucault. Les réponses du philosophe》, *D. E.*, t. II, n. 163, pp. 807-808 ; 『狂気の歴史』が1961—1962年に, フランスで公刊された時, 政治的関心を持っている雑誌やグループでそれについて話したものは一つとしてなかったのです。[...] 今では, 精神医学・収監・人口の医学対象化のような主題が政治的問題になりました。この10年で起こったことの後では, 政治的グループは, これらの領域をその活動に統合せざるを得なくなりました。こうして彼らと私は合同したのですが, [...] この場合には, 政治が私の方に来た, というかむしろ既にはほぼ政治的だったがそのものとしては認められていなかったこれらの領域を植民地化したのです」《Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir》, *D. E.*, t. II, n. 136, p. 521 がある。
6. Cf. 《Versions ...》, *op. cit.* et 《Situation du cours》 in *P. P.*
7. Cf. Michel FOUCAULT, 《Il faut défendre la société》, Gallimard/Seuil, 1997, pp. 7-9.
8. 藤本登四郎による, アンリ・エー, 『精神医学とは何か——反精神医学への反論』, 秋元波留夫監修, 藤本登四郎・山田悠紀男訳, 創造出版の《解題》, 28頁。
9. 藤元登四郎は, エリボンに抛りつつ, フーコーがノルマリアンだった頃, アルチュセールに誘われて1946—1947年度のエーのサン・タンヌでの講義に出席したことがあることを指摘し, 「フーコーはEyのことはよく知っていたので, 準備万端整えて待ち受けている敵陣に飛び込むような愚を避けた」と推測している(同書, 29頁)。
10. 同書, 29頁。
11. Cf. 《Versions ...》, *op. cit.* pp. 123-125.
12. Cf. Frédéric GROS, *Foucault et la Folie*, PUF, 1997.
13. メアリー・バーンズ/ジョゼフ・バーク, 『狂気をくぐりぬける』, 広末明良/宮野富美子訳, 平凡社, 1977年, 《日本語版への序文》, 1-2頁。
14. たとえばフーコーは, 《実存分析(現象学的精神医学)》が, 《狂気》を「唯一で比類のない根本的経験」として記述することによって, 彼自身にとっても, 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——「レインもああしたもの[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, 私はよりハイデッガー的にですが)」(《Entretien avec Michel Foucault》, *op. cit.*, p. 58)。
15. 《Asiles. Séxualité. Prisons.》, *D. E.*, t. II, n. 160, p. 773.

16. *Ibid.*
17. 《Le monde est un grand asile》, *D. E.*, t. II, n. 126, p. 433.
18. 《Le pouvoir psychiatrique》 (1973 年度の講義の《要綱》), *D. E.*, t. II, n. 143, p. 684.
19. *Ibid.*,
20. この法律は、最初 1836 年に、精神病者に対する行政措置の具体化として、官僚主導で起草されたが、精神医学者から治安的側面が強いという反論が出されて、廃案となり、改めて、エスキロール、ファルレ、フェリュス等当時の代表的な精神医学者に諮問され、精神病院総監督官であったフェリュスによって新たに起草されて、1838 年に可決された。藤井力夫、《E. セガンはどのように障害児教育をはじめたのか——初期教育実践 (1841~42) にみる理論的再構成の基本的立場——》、『セガン 知的障害教育・福祉の源流——研究と大学教育の実践——2』, 日本図書センター, 19-20 頁参照。
21. *Recueil général des lois et ordonnances depuis le 7 août 1830*, tome huitième, p. 172.
22. 《Le pouvoir psychiatrique》, *op. cit.*, p. 685.
23. 《versions …》, *op. cit.*, p. 130.
24. 《Entretien avec Michel Foucault》, *op. cit.*, p. 82.
25. 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, 1999 年, 326, 328 頁。
26. 反精神医学の言説が、「精神疾患の^{レアリティ}実在及び正常と異常の範疇的区別を共に否定」しようとも、「これらの概念は, [...]『残余のもの』の明証性の内に存在し, その明証性を通じて存在しているのである。精神病理学的事実を否定するだけではそれが存在しないということにはならない」と、エーは断言する (『精神医学とは何か——反精神医学への反論』, 前掲書, 88 頁)。
27. 「精神医学を破壊するインフレーションの結果, すべてがその対象となるとすれば, 精神医学はもはや対象がないことになる」とエーは語っている (同書, 87 頁)。