

フーコーの精神医学批判（承前）

佐々木 滋子

3. フーコーによる精神医学の権力の批判

エーの反論は、必ずしも反精神医学を沈黙させるに足るものとは言えないように思われる。ある部分では、両者の見解は全くの平行線を辿っているし、エーの発言には確かに誠実とは言えない部分があるからだ。

両者の見解が真っ向から対立するのは、《狂気》の病理学化の問題に関してである。反精神医学が《狂気は精神疾患ではない》と言う時、彼らが否定しているのは《狂気》の存在ではなく、《狂気》の病理学化である。この立場に立てば、精神医学が、ある個人の精神状態を疾患として決定し、彼の行動に医学的に介入し、しかもそこで、治療を受ける者の主体的決定権を認めず、医師に治療の主導権を委ねることは、紛れもない権力の問題として捉えられる。逆に、精神医学が《精神疾患は存在する》と言う時には、《狂気》が精神の病理であることは自明の前提になっている。したがって、「精神疾患の臨床的レアリティ」に適合するようなある個人の精神状態を疾患と見做し、彼の行動に医学的に介入することは正当な医療行動であるし、患者は、その疾患の病理的構造自体によって、疾患についての無知と治療に対する抵抗を決定されているのだから、そこで医師が主導権を掌握するのも、医療に拘禁や種々の強制が含まれるのも、不可避的な事柄であり、言わば必要悪であって、そこでは目的（患者の自由の回復）が手段（患者の自由の拘束）を正当化している（しかも、もはや今日では拘禁は主要な治療手段ではない、精神医学は「進歩」したのである）。したがって、精神医学からすれば、その医療行動の権力性を告発されるのは、それこそ、謂われなき「誣告」に他ならない。

したがって、ここで問題となっているのは、実は精神疾患（あるいは存在の統合システムの解体）が存在するか否かではなく、そのような精神状態を病理学化することの是非であり、そこから第二に、精神医学の治療行動を貫いている権力に関する問いが生じる。それは正当化されるべきものなのか、それとも、告発されるべきものなの

か。

他方、議論が狭義の「精神疾患」概念をはみだす領域での精神医学の活動に及ぶと、エーの反論は説得力を欠き、時として言い逃れに聞こえるものになる。精神医学が、一方では「精神疾患」概念を「境界例」や「人格障害」に、さらには「生活関連の障害」にまで拡大し、また他方ではとりわけ、司法的—行政的権力ならびに犯罪学と手を結んで、犯罪や非行のような逸脱行動をも精神医学対象化しているという事態が告発されるのは、精神医学のこの「帝国主義⁽¹⁾」が、人間のあらゆる行動を潜在的に精神医学の眼差しの下に置こうとするからである。これに対するエーの反論は、明らかに整合性を欠いている。一方で彼は、精神医学の対象になるのは限られた人々であることを認め（精神疾患の予測罹患率は人口の10%を超えない）、したがって、精神疾患概念の「よろず主義」的拡張を批判している。だが、彼の批判には微妙な温度差がある。まず、「精神疾患」概念が「境界例」や「人格障害」にまで拡大されるのは、「精神病理学的事象の確実性」を失わせるものであるが、「ある意味では」精神医学の「進歩」であり、また患者の救済という立派な理由がある。したがって、ここでは概念の拡大は必ずしも批判されてはいない⁽²⁾。だが、精神医学と心理学や犯罪学との融合（「生活関連の障害」や犯罪の精神医学対象化）には、エーは明確に否定的な立場を明示して、前者に対しては厳密な住み分け⁽³⁾の、後者に対しては犯罪者の脱医療対象化の⁽⁴⁾、必要性を強調している。だから、ここでは概念の無原則的拡張が批判されている。だが、この批判は、このような拡張が、「精神病理学的事象を区別する差異化」を脅かし、精神医学の独自性を破壊するという危機感から発している。したがって、概念のこの拡張が「無能な精神科医によって不法に実践される⁽⁵⁾」と言う時、エーは実際には、精神医学の「帝国主義」的拡大を、自己批判しているのではなく、ありうべき精神医学の名において、精神医学から切り捨てているのである。だが、エーの反論がもっと首肯しがたいものになるのは、犯罪の精神医学対象化における精神医学と司法的—行政的権力との結び付きが問われる時である。一方でエーは、精神医学にとって社会防衛機能は「非本質的」なものであることを強調する。単に、1838年法の成立に精神医学が関わっていたために、精神医学は法的—行政的抑圧権力の手先であるかの誤解を受けているのにすぎない。しかも、ある個人の精神の病理を証言することは、その個人に「法律の厳しさ」を免除し、彼の疾患が必要としている医療措置を保証することなのだから、精神医学は実際には患者の利益のためにこの抑圧権力と戦っているのである。だが他方でエーは、「『誰か』（[...] 権力機関や、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的の目的で精神疾患を捏造するとしても、政

治的理由による強制収容と、現実の精神疾患 […] に対する処方的強制収容との間には差異がある、とも反論している。それなら、「国家やイデオロギー的目的で […] 精神疾患 […] 捏造」や「政治的理由による強制収容」が精神医学の名において実行されるという事態が、ともかくも存在するわけだ。だがこの事態の存在は、論点のすり替えによって議論から外されている。そればかりか、ここでも、この事態に責任がある精神医学の部分（「権力機関」に「盲従する精神科医」）は、「誰か」として（つまり精神医学が責任を負えないものとして）、精神医学から切り捨てられている。結局、エーの反論は、^{イデアル}観念のあるいは^{イデアル}理想の精神医学の名の下に現実の精神医学を正当化するものである。

したがって、ここで問題になるのは、とりわけ法—医学的領域における、過剰な精神医学対象化に対する精神医学の関与である。

これらの問題に関して、フーコーの歴史的分析はいかなる批判をもたらすのだろうか。

1) 病理学化する権力

《狂気》が精神疾患になった時、精神医学が誕生したというフーコーの歴史認識は、「二重の間違いを犯している」とエーは指摘する。「まず、歴史的に、精神病理学的事象を対象とする精神医学的知識が形成されたのは、まさに古典時代より以前である […] 次に論理的に、精神疾患は、 […] 人間の自然（身体的秩序）の組織解体の科学として、長期にわたる科学的医学の構築作業の結果から生まれた⁽⁶⁾。」だがもちろん『狂気の歴史』は、精神医学が誕生する以前から、狂気の病理学的認識と分類が存在したこと（第二部第一章）、狂気の主要なタイプ（^{デマン}痴呆、マニーとメランコリー、ヒステリーとヒポコンデリー）についての事象に^{ポジティブ}即した記述が試みられていたこと（同第二章）、さらには、狂人の医学的治療が実在したこと（同第四章）を指摘している（たとえばアラブ世界には既に12世紀に、医師が常駐し「一種の魂の治療」を行う「真の狂人専用病院」が存在していた⁽⁷⁾）。問題は、古典主義時代「以前」どころか古典主義時代ですら、これらの知と実践が、「精神疾患」に対する「精神医学」の知と実践だったと言えるのかどうかということである。まず、言うまでもなくすべての狂人が医療の対象となっていたわけではない。大部分の狂人は、「性病患者や放蕩者や^{リベルタン}無信仰者や同性愛者と共に閉じ込められて、[狂人という] その個別性の指標を失い、非理性という全般的な理解の中に解消されて」いた⁽⁸⁾、彼等が置かれていた「《一般施療院》のさまざまな施設では、医療は問題になっていない⁽⁹⁾」。次に、狂気の疾病分類学も、精

神医学のそれ(「人間の自然の組織解体」)とは全く異なる指標に基づいている。「狂気の病的な諸形態が求められていたのだが、見出されたのは、ほとんど道徳的な生活の歪みでしかなかった。[...] 狂気の徴候を分類していた合理的な活動が、これらの徴候を数え上げ告発する理性的な意識へと密かに変形したのである⁽¹⁰⁾。」最後に、狂気を対象とする医学的理論と治療の間には、断絶がある。「医学自体においても、理論と治療は不完全な相互関係においてしか通じ合っていない⁽¹¹⁾。」要するに、「精神疾患を[...] 狂人と彼の狂気との絆と考えるなら、精神疾患というものは古典主義時代には存在していない。狂人と狂気とは互いに無縁であり、そのそれぞれの真実はいずれ自身の中に留保されていて、言わば押収されている⁽¹²⁾」。したがって、精神医学のレトロスペクティブな眼差しが歴史の中に発見したと考えている「精神疾患」と「精神疾患者」は、実際にはまだ「狂気」と「狂人」に他ならない。精神疾患という概念が誕生するためには、古典主義的な《狂気》意識に対する切断が必要だったのである。

おそらく、「狂気」と「狂人」を組織的かつア・プリオリに「精神疾患」と「精神疾患者」と読み替えてしまわないよう、細心の注意を払うべきなのだ。実際、フーコーは、《狂気》の存在を否定しているわけではない。《狂気》を病理学化することに疑義を唱えているのである。それは、おそらく二つの理由からである。第一に、『狂気の歴史』が明らかにしたように、《精神疾患としての狂気》という狂気意識は、近代(18世紀末)に至って初めて確立されたものであって、精神医学が考えているように、万古不易の《狂気》の真実ではないからである。狂気を精神疾患とは見做さない別な狂気意識は存在したし、これからも存在しうるのははずである(もっとも、それが狂人にとって、病者と見做される場合よりも快適なものであるとは限らないわけだが)。少なくとも、反精神医学はそうした異なる狂気意識の一つを見出したし、フーコーはそこに提示されている新たな合理性の予感に対して共感を隠していない⁽¹³⁾。第二に、それ以上に、狂気を病理学化しないことは、「認識というこの独自の知-権力の形式から狂気を解放⁽¹⁴⁾」して、「患者自身に、自己の狂気と自己の狂気の実を産する力を移送する⁽¹⁵⁾」ことだからである。こう語ることによって一気にフーコーは、《狂気》の病理学化に権力という視点を導入する。

まず、認識という知の形式が孕んでいる権力性は、この形式に固有な二つの属性によって論証される。第一に、知のこの形式は、主体-対象の明らかに非対称的な関係によって成立している。対象の真実を発見するのは、認識の主体であり、対象自体は、その真実を発見されるのである以上、この認識から排除されている。第二に、この認識の主体は、権利上は普遍的主体であり、誰でも、「真実を発見するのに必要な道

具、真実を思考するのに必要なカテゴリー、真実を命題として定式化するために適切な言語を持つ」ならば、その位置に付くことができるのだとしても、事実上は「希少な」主体である。実際には、普遍的な真実に「アクセスできる人々の希少性を配備する方法」がある、それが「教育と選別の手続き」であり、それによって「資格を与えられた主体」だけが、認識の特権的な主体となりうる⁽¹⁶⁾。《狂気》の病理学的認識においては、主体としての資格をもっているのは言うまでもなく専門教育によって職業的資格を取得した医師であり、患者（狂人＝狂気の主体）は、自己の狂気の実に自ら接近する資格をあらかじめこの知一権力の構造によって剝奪されている（事後的に、精神医学の知一権力は、この資格剝奪を患者の病理的構造に帰するのである）。したがって、認識の対象となった患者は、自分が何であり、自己の狂気の実が何であるかを、自己の行動や苦痛や欲望の意味を、医学的認識を通して与えられ、それを全面的に受容しなければならない立場に置かれる。

第二に、フーコーの歴史的分析は、精神医学の認識的知が、それ自体ある権力関係の中でしか生み出されなかったし、《狂気》の実とは歪められた関係しか維持していないことを明らかにしている。確かに、精神医学は精神の病理に関する認識的知を生産してきた。ピネルからグリーンガーを経てクレペリンに至る疾病分類学と、病理解剖学（ペイルの進行性麻痺の発見）、プロカからシャルコーを経てジャクソンに至る神経学、あるいは20世紀の脳化学や大脳生理学（神経伝達物質の発見）の精神医学への取りこみに辿られる精神疾患の器質的病因論とは、その二つの大きな柱である。だが、精神医学にとってこれらの知は、《狂気》の実を発見するためではなく、むしろ自らの医学的権力を確立するためにこそ必要とされたのだった。フーコーは、そのことを、二つのレベルで具体的に検証している。

まず、精神病院という具体的な治療空間のレベルで。そこでこれらの知が果たしたのは、知の持主である医師を《狂気》について「知っている」者にする、そしてこの知の権力効果によって医師の言動に医学的なステイタスを与える、という役割である。その典型的な例を、患者を聴衆の前に供覧して医師が行う臨床講義に見ることができる。1843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に拠りながら、フーコーは臨床講義のもたらす権力効果を次のように分析している。1) 患者は必ずしも医師に従順ではない、だが、医師の言葉に周囲の聴衆が「敬意を込めて耳を傾けている」のを見れば、医師の権威を認めないわけにはいかない、2) 臨床講義では、医師は聴衆の前で患者に問診し、患者の答えを注射して見せる、聴衆はその言葉に耳を傾ける、これを見た患者は、医師が自己の疾患について「知っている」ばかりかそ

れを理論化することができ、「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るつつあるのを理解する」、したがって、患者の中で医師の権威はますます高まる、3) こうして展示物となった患者は、聴衆が彼に対して示す「関心に驚きと誇りを感じる」ので、多くの場合、進んで医師に協力して、その言動によって医師の言葉を補うようになり、医師の権威の高揚に貢献してくれる⁽¹⁷⁾。したがって、臨床講義を成立させているのは、医師の知の内容ではなく、医師の「知っている者」としての言動が生み出す《知の幻想》に含まれる権力効果なのである。実際、患者には医師の知を検証するだけの資格が与えられていないのだから、彼が医師に服従するのは、医師の《知》の内容のためではない、医師の知的言動が纏う《権威》のためである、患者は、周囲の反応から、医師が何か彼自身についての《真実》らしいものを語っているらしいことを知覚して、医師の権威を受け入れるのである。だが、こうして患者が医師の権威に屈服して、自ら医師に協力的になる光景は、一層医師の権威を高めるので、その権力効果は今度は聴衆にも及ぶことになる。患者の従順が医師の《知》の正当性を裏打ちするので、聴衆は一層医師に《敬意》を抱くことになる。したがって、次には聴衆を通して社会全体が関心を示す。学生のみならず、医師や外国からの訪問者、学者や知識人をも含む聴講者の錚々たる顔ぶれが、医師の威光を反映することになる。この威光は、再び患者に跳ね返る。こうして、臨床講義においては、医師の言動に刻印されている知のマークが権威として機能して、固有の効果を発揮する、つまり、医師を医師にし、彼の言動を《医学的》なものにするのである。フーコーのこの分析が決して悪意に満ちた誇張ではないことは、たとえば、「何年間も運動麻痺状態にあった」患者たちをたった一つの命令で歩けるようにした「偉大な魔術師：un grand thaumaturge」シャルコーの臨床講義が、「鋭い臨床眼を発揮し、きわめて複雑にもつれた症例の病歴を解きほぐして、稀有な疾患さえも迅速正確に診断」してみせて、「非医師はもちろんのこと医師の多くをも魅了した」こと⁽¹⁸⁾が証明している。だがまた、藤元がジャン・テュイリエの報告に拠りつつ紹介している、毎週水曜日にサン・タンヌで行われたエーの臨床講義の模様にも、同じことは確認できるだろう。

図書館での講義が終わると場所は広い臨床講堂に移った。[...] ここでEyは精神病院医師公募試験の受験者を教育するために患者のプレゼンテーションを行った。出席者の中から選ばれた者がEyの前で診察をする。もちろんその患者の詳細については患者を連れてきた医師しか知らない。Eyはその診察を横でじっと見て

いて、終わると自ら患者に2, 3の質問をした。診察した医師は、患者が講堂を退出すると、自分の所見を述べなければならなかった。その後で、Eyはその医師の考え方について賛成か反対か、長所と弱点を述べ、自分ならこのように診察するという模範を示した。彼が示す精緻な判断、鋭い分析、緻密な批判は真に模範となるものであり、出席者は、オイデブスを演ずる偉大な俳優でも見るように、その見事な講義に魅惑されたという。講義が終わっても、Ey自身はその患者のカルテを見ようとしなかったし、もちろん出席者も見る必要を認めなかった⁽¹⁹⁾。

念のために述べておけば、エーはウール・エ・ロワール県ボンヌヴァル精神病院に勤務していたので、サン・タンヌの患者はエーの患者ではない。そこで、この報告を読んでおそらく誰しもが抱くであろう最大の疑問は、なぜ誰も、患者のカルテを参照して、主治医の所見と臨床講義で出された二つの所見とを突き合わせようと考えなかったのか、ということであろう。また、エーが供覧される患者についてのどの程度の予備知識を持っていたのかが明かされていないことも、疑問を抱かせる。確かに、予備知識があったなら、このゲームの公正さが疑われることになるだろうが（もっとも、教師とは常にそういうものである）、逆に（指名された出席者と同様エーにも）まったく予備知識がなかったのなら、カルテとの突き合わせが行われなことは、別の意味で公正さの問題を措定する。もちろん、これは主治医の所見が常に正しいからではない、科学的真実は検証に耐えねばならないからである。したがって、この場面の報告者が、この光景を芝居に、またとりわけエーの役回りをオイディプス（自他共に認める稀代の知者でありながら、自己の真実については徹底的に無知であった人物）に、喩えているのは至当なことであると言える。

だがまた、より一般的なレヴェル、つまり精神医学の《医学性》のレヴェルにおいても、《狂気》の病理学的認識、言い換えれば《狂気》の真実を《精神疾患》に見出す認識は、それが精神医学の《医学》というステイタスにとって持つ固有の利点においてしか問題になっていない。しかも、精神医学にこの問題を突き付けるのは、《狂気》やその主体の存在ではなく、臨床医学と精神医学の絶対的な差異の存在である。エー自身の発言からも、そのことは確認できる。実際、「疾患の定義とは、[...] 肉眼的な特徴、正確な原因、病因論的傷害の認識の一致」であるとすれば、精神医学にとって「それはめったに達成できない理想である」としても、臨床医学にとってはそうではないからだ。臨床医学では、可視的な症状は常に器官の損傷によって裏打ちされているし、それによって説明される、言い換えれば、症状と疾患の実体の間には常に正確な

対応が存在するので、この対応を「病因論的障害」として認識することができる（特に、画像診断技術が向上して、解剖に拠らなくても、身体の深みが可視的になると、この対応はますます明確に確認される）。ところが精神医学では、「疾患の^{レアリテ}実体は直接には把握できないし、知覚できない」。それでもこの実体は「無秩序と異質性の現象」を通してその存在を想定できるのだとしても、それは臨床的観察の積み重ねによって経験的に構築された「仮説」としての病理的実体でしかないし、その存在には、「症状」を通してしか接近できない。したがって、精神医学を科学的医学として存在させているのは、精神疾患の固有の、言い換えれば厳密に境界を画定された独立した対象としての存在であるとしても、この対象としての精神疾患の实在をある個人に認定させるのは、「客観的な臨床特徴」、「一定の症候群の一貫性、内的一貫性」を持つ「症状」、「症候学的に典型的な様相」、「精神病理学的事象」が認知、識別できる具体的な形態なのである。それが見出されなければ、精神医学は、問題の個人を病理学化できない、言い換えれば、医学として行動できない。したがって、精神医学は患者に、常にそしめてまず、「症状」を求めざるをえない。ここに、臨床医学に対する精神医学の根本的な特異性がある。可視的で恒常的な身体的症状と器質的損傷がある臨床医学では、「医学的知が機能する点は、疾患の種別化の点、鑑別診断の点である⁽²⁰⁾」。ところが、精神医学における診断は、実際には、患者に対するこの「症状」の要求、つまりある個人において問題となっている言動を《狂気》の症状にし、この症状を持つ《狂気》を《精神疾患》にすることができるかどうかの吟味、要するに、鑑別診断より一段階前の、狂気か否かの絶対的診断である。「精神医学者は、この個人は狂人なのかどうか、という問いに答えなければならない。[…] 精神医学において、医学的知が機能する点は、狂気か非一狂気かを決定する点、言わば、[狂気が] 現実なのか非現実なのかという点である⁽²¹⁾」。だが、この吟味には、実はもう一つの重要な吟味が隠されている。この診断作業を通して、診断行為を医学的行為に、診断する人物を医師にすることができるかどうかもまた同時に、吟味されるからだ。絶対的診断の真の賭け金は、精神医学の医学としてのステータスにある。「医師と患者とのこれらの対決の一つ一つが、狂気が現実として存在し、精神医学者が医師として存在することになるときのものであるあの創設的行為、あの最初の行為を、無限に再開し反復している。／したがって、これがどれほど奇妙で複雑なゲームかが分かる、[一方には] 医学的な過剰一権力がある、[…] だが、他方には、患者の見事な過剰一権力がある、なぜなら、患者こそが、精神医学の吟味をまさしくどのように蒙るかに、どのようにそこから脱するかに応じて、精神医学者を医師の地位に就けたり就けなかったりするからだ、[…]。医師の過

剩権力の下には、患者の過剩権力がある⁽²²⁾。」患者が医師に症状を与える限りで、患者が医師を医師に、精神医学を医学にするのである。絶対的診断は、精神医学にとって真の《試練》であり、実際には、医師という認識の主体と《狂気》の主体の間の、言わば一種の決闘として遂行される。

この決闘のもっとも典型的な例が、《詐病》との戦いである。と言ってもここで問題となるのは、「狂気がそれ自身に対して行うあの詐病、狂気が狂気を装い、ヒステリーがヒステリーを装う手口、真実の症候が偽りの手口となり、偽の症候がある形で真に病気である手口となること⁽²³⁾」である。そして、この「狂気を装う狂気」の最たるものが、ヒステリーだった。ヒステリーは19世紀の精神医学にとって、長い間、もっとも手に負えない疾患である。なぜなら、「ヒステリー患者は自らを、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。[...] そしてそうするとき同時に、彼はそれを次のようなゲームによって行う [からだ]、つまり、現実には彼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、彼は基層がないことを示すからである、したがって、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⁽²⁴⁾。」19世紀後半に神経病理学が、いくつかの障害（麻痺、知覚脱失、感覚障害、疼痛、あるいは失語や記憶喪失）の器質的病因を突きとめた時、ようやく、精神医学はこの神経病理学的知で武装することによって、ヒステリーをそのものとして病理学化することができるようになる。なぜなら、この新たな認識的知は、まったく異なる医師—患者関係において症状を要求できたからである。それまで精神医学にとって、症状の要求の場は主として問診であった。したがって、患者の権力に対する依存度は極めて高い。先にも述べた《知》のマークとそれが生み出す権威は、その対抗手段であったと言える。それでも、患者は症状を与えないことができるし、症状が与えられても、絶対的診断しか構成できない。これに対して神経病理学の臨床では、患者の身体的反応を解釈するので、「患者が、反応するよう言われたとおりに反応しているか、[...] 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、あるいはいないか⁽²⁵⁾」を読み取ることができる。したがって、もはや患者は抵抗できない、医師は、騙される危険なしに、身体的反応を通して患者を捕獲できる。この時、器質的障害とヒステリーのような（器質的病因を持たない）機能的（力動的）障害の間の鑑別診断が可能になるのである。シャルコーの時代の始まりである⁽²⁶⁾。だが、そこで起こったことは、ヒステリー患者が、この新たな医学的知—権力による攻略に、ヒステリーの病理学化に、過度の従順によって応え—抵抗す

る、という事態だった。たとえば、シャルコーは、ヒステリーが鑑別診断に耐え得る真の疾患であるために、「いかなるヒステリーにも見出される⁽²⁷⁾」安定した症状（視野狭窄、無痛覚症、関節周辺部の攣縮、等々）を、また「癲癇モデルに基づくヒステリー発作のコード化⁽²⁸⁾」を要求する。すると患者は、求められたものを「求められている以上に」与えることで、それに応える。たとえば、ある女性患者は15年間規則的に同じ症状（左の半無痛覚症状）を与えつづけたし、別の女性患者は13日間に4506回の発作を、そして数ヶ月後には14日間に17083回の発作を与えた⁽²⁹⁾。この過剰な反応を制御するために、シャルコーは催眠術を導入する、患者が医師の暗示に従って、医師の望む時に、医師が望む特定の症状（麻痺、失語、痙攣、等々）だけを発動するようにさせるためである。すると患者は再び、過剰な従順で答える、催眠下でシャルコーが暗示をかけると、患者はまったく彼の言うがままに、麻痺でも失語でも股関節痛でも、どんな症状でも呈し、あるいは逆に、失われているはずの記憶を回復したり、麻痺しているはずなのに歩き出したりする。こうした患者の反応は、一方でシャルコーを「偉大な魔術師」にするが、他方では彼の診断をいかがわしいものにもする。したがって、この疑惑を晴らすために、シャルコーはヒステリー性機能障害を合理的に説明する必要に迫られる。こうして《外傷》という病因論的概念が構成される。今や患者に求められるのは、《外傷》である。そして患者はまたも過剰な従順で答える、患者は発作においてもレシにおいても「その個人的生全体を、その性的欲望^{セクシュアリテ}全体を、そのあらゆる記憶を投げ込んでいた、自己の性的欲望^{セクシュアリテ}を再現動化していた⁽³⁰⁾」からだ。そして、今度こそシャルコーにはもう打つ手がない。なぜなら、もちろんシャルコーにはそれを認めることはできない、この性的な側面は詐病の疑いと並んで、ヒステリーから真実の疾患としてのステイタスを剝奪するものだったからである、だが、彼には「それが生み出されるのを妨げることもできなかった、症状を、発作を求めていたのは、彼、シャルコーだったのだから⁽³¹⁾」。したがって、彼はこの事態を前にして、沈黙し、さらには否認し、顔を背けて、見て見ないふりをするしかできない。ヒステリー患者の過度の従順は詐病の新たな形式であり、ヒステリーを病理学化しようとする医学的操作に、患者が差し向ける「反対一操作⁽³²⁾」である。それがついに、この偉大な神経病理学者を敗北に追い込んだのである⁽³³⁾。

精神医学の認識的知が《狂気》の真実を《精神疾患》に見出そうとするのは、こうして《狂気》を病理学化し、医療対象化するならば、精神医学が医学として行動できるからである。真の賭け金が精神医学の医学的権力の確立と維持にある以上、診断は（また臨床講義も）晴朗な認識行為ではない、《狂気》を病理学化しようとする医学的

権力と、それに抵抗する《狂気》の反対—権力との熾烈な闘争である。その結果が、事後的に診断学的知として認識に回付されるのだ。したがって、精神医学の認識的知—権力の対象である限り、《狂気》の主体は自己の真実には導かれぬ、逆に、そこから疎外されるのである。だからこそ、《詐病》はもっとも強力な抵抗の形式になる。なぜなら《詐病》は、精神医学の知—権力が決してそのものとしては関心を持たなかった《狂気》の真実という問いを、偽りの症状を通して、精神医学に突き付けるからである。「症状がほしいなら、いくらでもあげましょう、その代わり、私を見て、答えて下さい、これは何ですか、私は何ですか」、《詐病》を通して《狂気》はこう精神医学に問いかけるのである。約一世紀の間営々と築きあげられて来た精神医学が、その最大の危機に直面するのは、19世紀末、「シャルコーの偉大な魔術の前で、彼が研究するあらゆる症候が、彼によって彼の患者たちの詐病から引き起こされていたことが気付かれる時のことである、その時、一気に、[狂気の] 真実という問題が狂人たちによって精神医学に措定されることになったのだった⁽³⁴⁾。」

2) 規範化する権力

《狂気》を病理学化する、言い換えれば《狂気》の真実を精神疾患に見出すことが、もっぱら精神医学を医学として確立し維持することに関わっているなら、《狂気》の病理学的認識は、精神医学が《精神病者》と認識された人々を医療対象化し、彼らに医学的—治療的な権力を行使できる状況を構成することに与っているなら、《狂気》の真実は《精神疾患》にはないことになる。《狂気》を医療対象化すること自体が、《狂気》からその真実を奪う行為になる。だからこそ、フーコーは反精神医学による《狂気》の脱—医療対象化の試み（「患者自身に、自己の狂気と自己の狂気の真実を生産する力を移送する」）を高く評価するのである。したがって、注意しなければならないが、《狂気》の脱—医療対象化は、精神疾患とは異なる何か別の真実を《狂気》に与えることではない、それなら結局、新たな認識的知—権力の構図内に《狂気》を再び位置付けることになってしまう。ここでは、《狂気》が精神疾患でないならば、その真実とは何か、という問いは無条件には成立しないのだ。その問いに答えるのは、個々の《狂気》の主体だからである。ここで、「多くの人が働けないでいます、多くの人が性生活を維持できないでいます。[...] しかし重要なのは、これらの問題が、もはや医学的権力によって再備給されないことです、[...] 現在フランスには患者のグループがあって——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》という外部の人の助けを求めつつ、

互いに支え合って、自分の問題を解決しようとしています。彼等は自身の問題の自己管理者です⁽³⁵⁾」というフーコーの発言を、「精神病者が十分な程度の適応力、自己管理能力、平衡能力などを獲得できないかあるいは維持できない」ということは、それ自体では「診断の対象となるわけではない」としても、「徴候の価値」を持ち、「精神疾患の最初の客観化である」とするエーの発言⁽³⁶⁾と対照させて見ると、両者が念頭に置いている《狂気と共生する社会》あるいはエーの言い方では「精神病者との共存」の歴然たる差異は明白になる。フーコーの社会では、困難を、問題を抱えつつも、ともかくも自立しているあるいは自立しようとしている人々が、エーの社会では、病的徴候を示し、したがって精神医学的後見なしには生活できない、語のあらゆる意味で mineur な存在と規定されることになる。《狂気》の病理学化は、彼等から、《狂気》の主体であることと同時に、生きる《主体》であることを剥奪している。

ここで当然予想される反論は、こういうものであろう、患者が自分で自分の問題を解決し、自己管理するのは大変結構なことだが、果たしてそれは治癒に繋がるのか。同じことをエーの言葉を借りて言うなら、「治療制度」の改革が、「ノーマライゼーションの技術全体」の改善が、「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」ということであるなら、言語道断である、ということになる。エー（と精神医学）にとって、治癒とは「規範化—正常化」であり、それは医師が所有する特殊な専門技術によってしか実現できないものなのである。ただ、エーが「規範化—正常化」と言う時の《規範—正常》には極めて厳密な意味があるということ、ここで誤解を防ぐためにぜひとも付言しておかなければならない。エーによれば、人間の「[心的]身体」は「それ自体が崩壊の潜在的対象である⁽³⁷⁾」、言い換えれば「精神病理学的事象は潜在的にこの組織化 [心的存在の個体発生的組織化] の中に含まれ、それによって抑制され⁽³⁸⁾」ている。つまり、心的組織は、常に病理（崩壊・組織解体）の可能性を秘めているが、同時に、正常な組織化が行われていれば、それを抑制するシステムを備えてもいるということである。この正常な組織化は、二つの規範的レベルで測ることができる、すなわち、一方では、「人格の自律性と自己形成能力の発達に必要な組織化のレベル」であり、他方では「精神的成熟の漸進的発達によって構成される」レベルである⁽³⁹⁾。したがって、精神病理学的異常は、この二つの規範的レベルに対する隔たり（到達に至らないか、到達しても維持できないか、退行しているか）によって客観化される。そして、この隔たりが個人から思考と行動の自由を奪う限りにおいて、それは医療の対象となる。「規範化—正常化」とは、失われた自由の回復なの

だ⁽⁴⁰⁾。だが問題は、必ずしもこのような《規範—正常》概念が、精神医学にとっての普遍的眞実ではなかったということなのである。73年度の講義で、フーコーは特に「ノーマライゼーション規範化—正常化」の實質的意味内容に分析の重点を置いている。

この講義でフーコーはまず、精神医学にとっての《狂気》の定義から論を開始している。古典主義の理性にとって、《狂気》とはとりわけて、妄想であり錯誤であった。だが、18世紀末—19世紀初頭に成立した精神医学にとっては、《狂気》はまったく異なるものである。妄想であれ錯誤であれ、ある信憑を「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盾にとって反駁し、[...]この確信を周囲の人々すべてに一種の専制として押し付けようとする⁽⁴¹⁾」、この頑なで不屈の意志の存在こそが、《狂気》なのである。エスキロールは言っている、「精神病者の中には妄想がほとんど見られない者もいるが、情念や道徳感情が無秩序になり、倒錯し、あるいは無化していない者はほとんどいない…精神病者が生来の感情に戻らないかぎり、妄想が減少したからと言って、治癒の確実な徴候とはならない⁽⁴²⁾」。言い換えれば、《狂気》は、個人の行動や思考が、「行政的調整や家族の義務や政治的・社会的規範化に基づいて定義される秩序や適合性の規則に対して、表している隔たり⁽⁴³⁾」によって判定される。だからこそ、精神医学にとって、治癒の指標が一貫して再適応と社会復帰にあったことは、理解できる。たとえば、19世紀前半に広範に行われたモラル・セラピーの大家ルーレにとって、治療とは、医師の意志によって「狂気の全能を損ない、縮減すること」だったし、治癒の指標となったのは、患者が命令と秩序のランゲージュを習得し、欲求—労働—金銭の回路に参入し、患者の外部で確立された表層的で伝記的な記録（名前・家族・戸籍・経歴、勉強したりセと先生や同級生の名前、等々）からなる社会的地位・身分を自己の眞実として受け入れて、そこに一人称で自己を同一化することだった⁽⁴⁴⁾。要するに、精神医学にとっての「ノーマライゼーション規範化—正常化」とは、あるいは少なくともその認定基準は、患者が自分の置かれている現実に同意し、そこで確立されている社会的—道徳的規範に自らを適合させることだったのである。

確かに精神医学は反論するだろう、《狂気》のこの頑なな意志、社会的・道徳的規範に対する隔たりのこの無自覚、これこそが、主体の自由喪失の、統合システムの組織解体の、明白な証拠に他ならない、だから、解体した組織に統合を取り戻させ、主体にその自由を回復させねばならない、と。だが、心的組織の統合は、心身の活動を現実の秩序に全面的に適合させることを、自由を回復することは、現実とそこで確立されている諸規範に従うことを、必ずしも意味しないことに留意しなければなるまい。現実とその規範に抵抗できることは、自由の重要な一部だからである。再適応と社会

復帰の意味が問い直されねばならないが、その問い直しは、個々の《狂気》の真実に準拠して行われねばならない。

だが、それ以上に重要なのは、精神医学においてはこの「^{ノーマライゼーション}規範化—正常化」がどのようにして獲得されていたかである。治療装置としての精神病院は、軍隊や学校や工場などと同じ、規律に貫かれた空間であった。規律とは、権力が個人の身体に直接接して、それを^{オールド}秩序と^{オールド}命令に従順な生産性の高い身体へと加工する時の、権力行使の合理的技術であり、具体的には次のようなやり方で実行される。1) 個人の身体・仕草・時間・行動の全面的な秩序化、2) 規律装置内の一点への各個人のピン止め、3) 恒常的可視性にに基づく個人の行動の継続的コントロール、4) 漸進的で漸増する訓練に基づく規律の最適状態（規律の習慣化）の獲得、5) 各個人に関する情報の文書化と一点集中化、並びにこの情報への常時アクセス可能性の保証、6) 監視、褒賞／処罰、圧迫を利用した中断なき介入、7) 必然的に生み出される残滓（規律化できないもの）の再規律化システムの確立。精神病院の治療行動は、この規律の技術に全面的に依拠していた。と言うよりむしろ、規律にこそ治療的価値が見出されていた。たとえば、日々の整然としたスケジュールに従う生活や義務的な労働は、病院内の秩序維持と同時に、《狂気》の不規則性を正して、悟性の能力を回復させる力があると考えられていた。恒常的可視性と個人の一点へのピン止めは、建築様式（疾患の種別に応じた病棟形式や独房）によって、また（医長から、臨床主任、インターンを経て、看護人、監視人、雑役夫に至る）医学的審級の階層性が患者に注ぐ恒常的眼差しと情報伝達システムによって保証される。同様に、処罰もまた治療的価値があった。精神病院の治療的処罰は、とりわけ一連のユニークな器具によって保証されている。たとえば拘束衣を始めとする、患者の身体の動きを拘束しておとなしくさせておくための器具は、処罰に役立つだけでなく、身体を調教し矯正する機能があり、したがって、それ自体で規律の最適化を最終的効果としている（なぜなら、拘束衣は、暴ればそれだけきつく締め付けるが、抵抗しなければそれだけ苦しくないからである）⁽⁴⁵⁾。要するに、精神病院における治療つまり「^{ノーマライゼーション}規範化—正常化」とは、患者の身体に規律の習慣化を施す漸進的一漸増的な訓練—調教に他ならない。規律装置としての精神病院が生産するのは、他の規律装置（学校・軍隊・工場）と同じ、規律に従順な身体、最適化された規律を刻印された身体である。この身体が獲得された時、患者は治癒した、つまり「^{ノーマライゼーション}規範化—正常化」された^{と見做されて}、現実^{に送り出される}。これが、再適応と社会復帰の具体的で現実的な意味内容だった。社会復帰した患者を待っているのは、別の規律システム（学校・軍隊・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。要するに、精神病院は、それが置かれている社会全体の大きな規律装置が必然的に生み出す、規律化できなかつた残滓を再規律化する装置であり、巨大な社会的規律装置の一ピースとして機能している。

それはもはや過去のことだ、と精神医学は反論するだろう。確かに、デイ・ケアやナイト・ホスピタルの充実は、あるいは《心療地区》制度⁽⁴⁶⁾は、入院治療を「場合によっては必要以上に⁽⁴⁷⁾減らしたかもしれないし、入院患者の社会復帰率を高めた⁽⁴⁸⁾かもしれない。また、入院治療がなされる場合にも、フーコーが例示しているような過酷な処罰的治療は違法視されるようになったかもしれない。だが、シャルコー以降の（20世紀の）精神医学（特に生物学的精神医学）が採用してきた精神外科（ロボトミー）や薬物治療（向精神薬）は、実際には目に見えない拘束衣として機能してはいないだろうか。さらには、薬物治療が症状の緩和にしか役立たないばかりか深刻な依存を生み出すものである以上、それが可能にする「規範化—正常化」^{ノーマライゼーション}は、決してエーが主張しているようなもの（失われた自由の回復）ではなく、よりソフトなやり方で再規律化であると言えないだろうか。ここでも、理想的—観念的な「規範化—正常化」^{ノーマライゼーション}と実際の「規範化—正常化」^{ノーマライゼーション}との間の落差に敢えて目をつぶるなら、フーコー（と反精神医学）が提起している批判のもっとも根本的なものを聞き逃すことになる。

3) 生産する権力

精神医学のもう一つの機能、つまり公衆衛生—社会防衛機能に対する批判に、エーは概ね次のように答えていた。1838年法の制定に関わる事情のために、今日でも精神科医は、触法精神疾患者の行政的拘禁の責任者であり、社会防衛の見地から行われるこの抑圧的な強制措置の共犯者であるかに見做されている。だが、「精神科医が社会的法的及び行政的機関で演じる役割」の本質的で主要なものは、触法精神疾患者が法的に責任を負えない主体であることを証言して、「一般的法律の厳しさから患者を免れさせる」ことにあるので、この批判は適切なものではない⁽⁴⁹⁾。だが、フーコーの歴史的分析は事態をまったく別なものとして提示している。

74年度の講義でフーコーは、19世紀を通じて、精神医学が、犯罪・痴愚性・^{セクシュアリテ}性行動という、《狂気》とは異質な領域を次々と植民地化しながら、司法ならびに行政との間に、法—医学的領域を構成していくプロセスを再構成している。「そこでは一方で、刑法の領域で精神医学が利用されたが、他方では、異常な主体の行動や振る舞いに関して刑法タイプのコントロールや介入が多数化した。その行き付く先が、変質と変質者の問題をめぐって建立された理論的でもあれば立法的でもあるあの巨大な

建物だった⁽⁵⁰⁾。」司法の側がこの領域を必要としたのは、処罰の目的が犯罪者の矯正になった時から、理由も動機も分からない、理解不能な犯罪の主体を処罰することは不可能になったからである。したがって、司法は、そのような犯罪の主体が処罰の矯正に耐える主体であるのかどうかを、司法以外のものに、精神医学に判定してもらう必要がある。他方、精神医学の側には、この領域を構成するいかなる必要性が、また利点があったのか。ここでも、問題は精神医学の医学としての存続に関わっている。身体の医学をモデルにしていた初期の精神医学にとって、身体の医学と同様に公衆衛生の領域に介入できるということは、精神医学を医学の重要な一部門として認めさせるために、是非とも必要なことだった。だが、そのためには、精神医学が扱う対象である《狂気》が疾患である必要がある、と同時に、それ以上に、それが単なる疾患ではなく、伝染病と同様に《危険な》疾患であることも必要である。「では、狂気が危険であることをどうやって論証するのか、まさしく、狂気が——公衆の目には明らかではないが、高度に訓練された観察者にだけ知覚できるまったく些細な鱗割れやかすかな唸り声以外には、前もっていかなる徴候によっても明示されないが——突然怪物的な犯罪となって爆発する極端な事例があると示すことによってではないだろうか⁽⁵¹⁾。」これを人々が納得する時、狂気は医師だけが取り扱うことのできる対象になるし、医師が司法に介入する権利は正当化される。この《危険な狂気》という考え方が重要なのは、それが、エーの反論が暗黙に引き合いに出している刑法 64 条を実質的に否定しているからである。刑法 64 条が、「刑事被告人が行動の時点で心神喪失状態にあったとき […] には、犯罪も軽犯罪も成立しない」と規定する時には、犯罪と狂気は還元不能な関係に置かれている。行為の主体は犯罪者である（司法（裁判と処罰）に属する）か、あるいは狂人である（医学に属する）かのいずれかでなければならない。だが《危険な狂気》という考え方は、犯罪の背後には狂気が、狂気の背後には犯罪が、存在する可能性を示唆するので、犯罪と狂気を互いに可逆的なものにする。二つの法律が、程なく精神医学のこの主張を認めて、精神医学を、《狂気》の危険に介入できる専門的な知—権力として、司法的—行政的権力に組み入れる。その結果、精神医学の権力行使には二つの方向で幅広い領野が保証されることになる。まず、1832 年 4 月 28 日法が、刑事司法の全領域に情状酌量制度を適用することを認めて、あらゆる犯罪の背後に狂気が存在する可能性を原理的に承認する。既に刑法 64 条によって心神喪失を獲得していた精神医学は、今度はこの法律によって、「理性と狂気の中間的段階⁽⁵²⁾」である《半—狂気》も獲得する。こうして精神医学は、64 条によって被告を司法から奪還できない場合でも、少なくとも処罰の決定に介入する権利を得る。なぜな

ら、「1832年以降は、精神医学者の報告が刑罰を変化させる⁽⁵³⁾」からである。同様に1838年法は、危険な狂人の強制収容を命じて、あらゆる狂気の背後には犯罪が存在する可能性を公的に承認する。したがって、確かにエーが言うように、精神医学の法—医学的鑑定は触法精神患者を法的処罰から救うかもしれないが、それでも、彼の法的無責任にもかかわらず、彼の自由は剥奪される⁽⁵⁴⁾。だがそれ以上に、この法律によって精神医学は、法的機構が始動する以前、つまり犯罪が実行される前に、行政的—医学的に介入する権利を獲得する。《危険》は、潜在性の段階で検出できるからだ。このことが含意している社会防衛上の利点は大きい。なぜならこの時、社会にとっての危険を潜在させている個人、というそれまでは存在しなかったカテゴリーが生み出されるからである。やがて《変質者》と呼ばれることになる、潜在的な犯罪者であるこの《危険な個人》が、こうして精神医学によって新たな対象として構成される。

だが、こうして《危険》の専門家になる時、精神医学はある逆説に捉えられる。なぜなら、《危険》は疾患ではないからである。だが、精神医学がそれに介入できるのは、医学だからなのだ。したがって、「病理ではないものに対する医学的権力⁽⁵⁵⁾」という奇妙なステータスを、この時以降精神医学は引き受けねばならない。この逆説を精神医学は、《危険》の病理学化という形で解決しようとする。19世紀の精神医学の理論的練り上げは、したがって奇妙なことに、治療の実践からではなく、公衆衛生—社会防衛機能の拡大の動きから生み出されて行くことになる。ここでは、そのすべての動きを講義に即して跡付けるだけの余裕はないので、その主要な三つの契機だけを取り上げよう。

第一の契機は、この《危険な狂気》が、犯罪（殺人）を唯一の症状とする《殺人モノマニー⁽⁵⁶⁾》（エスキロール）、あるいは《本能的狂気》（マルク、ジョルジェ）、《道徳的狂気（背徳症）》（プリチャード）、《明晰な狂気》（トゥレラ）、《行動の狂気》（ブリエール・ド・ボワモン）、《意識ある狂気》（バイヤルジェ）といった類似の疾病概念によって説明される時に見出される。これらの疾病概念の戦略的価値は、言うまでもなく心神喪失が見当たらない事例にまで64条の適用枠を拡大できることにあるのだが、そのもっとも重要な理論的価値は、もはや妄想や錯誤（真実からの疎外としての^{アリエナシオン}精神異常）だけではなく、「衝動・欲動・傾向・性向・自動性、要するに […] 特殊な力動性に従う⁽⁵⁷⁾」行動一般にまで、精神疾患の症状を拡張できるということである。

第二の契機は、先にも述べたように身体の反応を意志的一無意志的の軸上で解説する神経病理学的知が、《危険》を生み出すこの「特殊な力動性」に、「意志的なものと無意志的なものとの領域画定・作用・階層性 [の] 壊乱⁽⁵⁸⁾」という新たな理論的説明

を与えて、非特殊化した時に見出される。たとえばバイヤルジェは《狂気》を「自己の意志の主人ではない状態、無意志的過程にすっかり貫かれている状態」と定義する。したがって、「意志的なものと無意志的なものとの秩序と組織化のこの壊乱から、狂気の他のすべての現象は展開することになる。[...] 幻覚・重篤な妄想・躁発作・固定観念・偏執的欲望、こうしたものすべては、脳の病的な偶発症状のために、諸能力の無意志的行使が意志的行使に優越した結果である⁽⁵⁹⁾」と見做される。神経精神医学の始まりである。それは二つの重要な帰結を生む。第一に、行動を意志的—無意志的の軸上で解釈できるなら、ある行動を病理学化する、つまり精神疾患の症状と見做すために必要なのは、もはや精神異常(=真実からの疎外)の有無に準拠することではなく、意志的なものからの二重の隔たりを測定することである。つまり、一方では、行動の自動性の度合いであり、他方では、人間の意志決定に大きく与っている「行政的調整や家族の義務や政治的・社会的規範化に基いて定義される秩序や適合性の規則に対してその行動が表している隔たり⁽⁶⁰⁾」である。第二に、神経精神医学の理論的言説においては、「精神疾患、精神障害、精神医学が関わりを持つ障害は、[...] 意志的行動の展開を壊乱させるあらゆる器質的もしくは機能的障害と、主として神経学的傷害と、関係付けることができる⁽⁶¹⁾」ものになる。こうして、「一続きに医学からつまり機能的もしくは器質的障害から行動の壊乱にまで至る、まったく新たな領野⁽⁶²⁾」が、「行動の意志的コントロールの解体⁽⁶³⁾」という唯一の視点の下に浮かび上がってくる。その時、精神疾患の有無を判定するまったく新たな二つの基準が成立する。第一に、行動の規範に対する逸脱としての《異常》、第二に、身体機能の常態からの逸脱としての《異常》、《危険な狂気》はこの二重の意味での《異常性》の振幅の中に位置付けられることになる。もはや《危険》は殺人モノマニーのような極端な事例にのみ宿るのではない。あらゆる異常な行動、あらゆる異常者に、それは何らかの形で潜在している。

最後に、第三の契機が生み出されるのは、この《異常性》が、一方で性行動を、他方で痴愚性を取り込んだ時である。

19世紀半ばには、青少年の性行動の管理(自慰の防止)を媒介にして、既に性行動の医学対象化は成立していた。精神医学はそこに介入して、今度は性行動を無意志的なものと結び付けようとする。言い換えれば、「性本能の働きを、あらゆる精神疾患の、またさらにより一般的には、あらゆる行動の無秩序の、形成要因として⁽⁶⁴⁾」示そうとするのである。様々な性的障害を取り扱う性行動の精神病理学が開始される。たとえば、その嚆矢となるカーンの『性的精神病質』(1844年)では、性的障害は概ね

以下のように説明されている。人間の^{セクシュアリテ}性行動はそれ自体^{ナチュラル}自然なもの（本能的なもの）であるが、その^{ナチュラル}本性は、その^{ナチュラル}自然的で最終的な目標（生殖行為）をはみ出ていることにある。したがって、^{セクシュアリテ}性行動はその本性によって、「一連の異常性全体にさらされている、常に規範から逸脱する危険にさらされている⁽⁶⁵⁾」。この逸脱（性倒錯）のもっとも基本的なものが自慰であり、他の倒錯は自慰から発して、「病的な想像力⁽⁶⁶⁾」の行使によって生み出される。なぜなら病的な想像力は、「時期尚早な欲望を作り出す、というかむしろ、時期尚早な欲望に動かされて、満足を得るために副次的で派生的で代替的手段を求めるようになる⁽⁶⁷⁾」からである。したがって、「常に子供や、子供だった時に、手淫と自慰を通して、性的に偏った想像力を活用した人々が、性的異常者の予備軍となる⁽⁶⁸⁾。」こうして、「本能と想像力の歴史における幼児期の諸局面が、様々な疾患、それも特に諸精神疾患の病因論において規定的な価値を持つ⁽⁶⁹⁾」ことになる。だが、このカーンの理論には、性本能を性的異常以外の異常性一般に結びつけるために、それでもまだ欠けているものがあつた。その欠けているものが言説化されるのをフーコーが発見するのは、ある死体損壊事件に関するミシエアという精神医学者の分析においてである。ミシエアはもちろん、性本能から出発してあらゆる精神疾患を系譜学的に連鎖させて説明するだけの「概念もしくは分析の骨組⁽⁷⁰⁾」を所有してはいなかったが、それでも、性本能が生み出す《快楽》を中心に分析を組み立てることによって、「ありうべき系譜学の一般的原理、一般的枠組⁽⁷¹⁾」を提示することができた。つまり彼は、「本性的に生殖に結び付いているわけではない快楽を生み出す以上、性本能は、生殖には向けられていない一連の行動全体を成立させることができるようになる。[...] 快楽を生み出す原理として（それもどこでもいつでもどんな条件でも快楽を生み出す原理として）、性本能は結局は他のすべての本能に繋がる⁽⁷²⁾」ことを、理論化したのである。「性本能の再生産からの切り離しは、快楽のメカニズムによって保証される、そしてこの切り離しによって、途方もない逸脱の一義的な領野を構成することができるようになる。生殖には向けられない快楽が、精神医学の対象となる異常で途方もなく逸脱した本能的行動の系列全体を支えている。こうして、[...] 想像力と快楽とに結び付いた本能の理論とその途方もない逸脱の理論とが、描き出される⁽⁷³⁾」のである。

既に殺人モノマニーによって極端で怪物的な理解不能の犯罪が、次いで規範一常態からの逸脱によってあらゆる異常性が、《危険》の名の下に精神医学の対象領域に組み込まれた。今精神医学は、性本能・想像力・幼児期によって性倒錯を異常性に組み込み、次いで快楽によって、性倒錯も含めたすべての異常性を、快楽の根源であり、し

たがってあらゆる本能の根源である性^{セクシュアリティ}に根付かせる。言い換えれば異常者とは、(性)本能と想像力の幼児的段階に決定されて、快楽を得るために行動する人物である。このような異常者の特権的な形象が痴愚者(白痴・精神遅滞者・軽愚者)だった。痴愚者とは何か。「全体のある種の不均衡[…]のために、本能が、いくつかの本能が、その固有の体制に従っているという点では《正常に》機能しているものの、まさしくそれらを引き受け、正しい位置に置き、その活動を画定すべき諸審級によってこの固有の体制がコントロールされていないという意味では、《異常に》機能している⁽⁷⁴⁾」人物である。言い換えれば、規範に照らした時の心身の発達の停止もしくは遅れのために、コントロールする審級が不在なまま、下位の本能だけがばらばらに、自分勝手に、だがそれ自体としては正常に、機能している存在である。彼の身体には、「顔面が頭蓋に対して規範的に見出される適合した対称性を示していない⁽⁷⁵⁾」ことや、「身体的発達の停止が著しいにも関わらず、[生殖]器官は通常の男性のものと同様に正常に発達している⁽⁷⁶⁾」ことが観察されるが、こうした不均衡やアンバランスは、この発達の停止もしくは遅れの「身体的・構造的な結果⁽⁷⁷⁾」である。また彼の行動の非常識からは、彼が「ある種の傾向に自ら抵抗できるだけの精神を持っていない[…]悪へと向かう性向に拮抗し、感覚の専制に抵抗して勝利するのに必要なものを持たない[…]思考の扇動と肉の衝動とを弱めることができるような『自己』の力を持たない⁽⁷⁸⁾」ことが観察されるが、それは発達停止もしくは遅れの「本能的・力動的な結果⁽⁷⁹⁾」である。このような人物は、幼児的にしか思考できないので、本能の命ずるままに行動して、そこから快楽を引出す。そこに、《危険》が存在するのである。だが、こうして痴愚者を、つまり発達の停止もしくは遅れを《異常性》の中心に置く時から、精神医学はある行動を対象とするに際して、それを何らかの疾患の症状にする必要がなくなる。その行動が必ずしも病理的なものであることを必要としなくなる。単に、規範的な発達の基準に照らした時の逸脱・異常性が見出されればそれでいい。それ自体としては病理的ではないが、発達の規範に照らせば出現するはずのない行動であれば、それは異常な行動になる。言い換えれば精神医学は、行動一般の正常/異常を検閲する審級になるのだ。したがって、病理ではないものに行使される医学的権力という精神医学の逆説がもっとも深刻なものになるのは、ここである。だからこの時、《危険》の病理学化の第三の契機が、生まれるのである。

精神医学が《危険》を病理学化する最後の理論構成は、まず「新たな疾病学の形成」となって現われる。つまり、「非常識な、逸脱した行動の系列全体を、ある疾患の症状としてではなく、単に言わばそれ自体で価値を持つ症候群として、異常性の症候群、

異常な症候群として、組織化し記述すること⁽⁸⁰⁾」、こうして生み出されるのが、広場恐怖症・閉所恐怖症・放火魔・盗癖・露出症・マゾヒズム、等々である。あるいは、異常性を再疾患化するために、再び妄想が利用される、こうして迫害妄想・憑依妄想・色情狂といった新たな「妄想の類型論⁽⁸¹⁾」が生み出される。最後に、「個人の連携しあう諸審級の一種の一般的欠損[、]興奮と制止の働きの一般的壊乱、制止され、統合され、コントロールされるべきものの断続的で予測できない解放、力動的統一の不在⁽⁸²⁾」によって特徴づけられる、《異常性》の「真の判別式⁽⁸³⁾」としての《[心的]状態》概念が出現する。だが、このような《[心的]状態》概念は、それがなぜある特定の個人に生み出されるのか、という問いを必然的に生み出す。したがって、精神医学の第二の理論構成は、《[心的]状態》の起源を遺伝に求めようとする。「神話的に——あるいはそう言いたいなら、科学的に——医学対象化された異常者⁽⁸⁴⁾」が、つまり《変質者》が誕生する。

《変質者》の誕生は精神医学に何を生み出したのか。「見るように、実際、精神医学は、いかなる逸脱・隔たり・遅れをも変質という状態に準拠させる可能性を手に入れた時から、以後は、人間の行動に無際限に容喙する可能性を手にする。だが、[…]精神医学はもはや治癒を目指さなくてもよくなる。[…]精神医学はもはや、つまり本質的にはもはや、治癒を目指さない。単に、異常な状態にある人々のために社会が犠牲になるかもしれない決定的な危険から社会を防衛するものとして機能するのだと言えるようになる⁽⁸⁵⁾。」つまり、公衆衛生—社会防衛機能こそ、精神医学の「主要で本質的な」社会的機能になるのである。この機能の延長上に、生物学的人種差別が、したがってナチズムが現れたからと言って、もちろん、精神医学全体をそこに還元していいわけではないことは、フーコーも承知している。だがそれでも、今日法—精神医学的鑑定において鑑定医に問われるのは、エーが述べているように、被告の法的責任の有無にはとどまらないことに、フーコーは注意を促している。そこで問われる問いの内第三点、「被疑者は刑法的制裁を受けることができるかどうか、治癒が可能で再適応が可能かどうか、被疑者の利害においてであれ、集団の利害においてであれ、被疑者の精神病院への入所が強制されるかどうか〔つまり彼は危険なのかどうか〕」は、実際には「被疑者は変質者か否か」を尋ねているものであって、法的もしくは医学的な問いではなく、社会防衛の見地からしか意味を持たない、なぜなら、「変質者とは、危険を帯びている者であり、いかんともしがたく制裁を受けることのできない者であり、ともかくも治癒することのない者である⁽⁸⁶⁾」からだ。したがって、19世紀の精神医学が辿り付いた変質理論は、未だ精神医学においては完全には絶命していないのである。

フーコーの批判が精神医学に突き付けているのは、結局、精神医学の《歴史》である。しかもこの歴史は、生まれ立ての精神医学の未成熟ゆえの不幸な誤りなどではなく、精神医学の医学的知の構成ならびに医学的権力の行使自体と不可分のものとして生成している。したがって、精神医学の「進歩」を盾にとって、この歴史を不問に付す、あるいは単に乗り越えられた過去として切り捨てるなら、歴史は《歴史》であることの意味を奪われてしまうことになろう。精神医学は、だがまた精神医学を生み出し存続させてきた社会も、自らの《歴史》にどう向き合うかを、問われているのである。これに対して、フーコーは過去を暴き、批判し、問題を指摘するだけで、自らは何ら積極的・肯定的な解答を呈示していない、この社会の一員としてのフーコー自身の解答を提示すべきだ、と反論するのだとしたら、おそらく、フーコーの意図を読み誤ることになる。なぜなら、彼はまさしく、問題を単純な解決を拒むものとして提示しようとしているからである。

私の役割は、実際に、本当に、問いを措定することです、それもできる限り最大の厳密さで、どこかの改革派の知識人の頭から、あるいはさらにはある政党の政策部局のトップに、一気に解決が生まれたりできないような最大の複雑さと困難とをもって措定することです。[...] 私は法律を作らないように用心しています。むしろ、問題を措定し、働かせ、予言者と立法者を、他者に代わって、他者に先んじて語るすべての人々を、ついに黙らせるような複雑さにおいて示そうとしています。その時こそ、問題の複雑さは、人々の生活との繋がりにおいて現れることができるでしょうし、したがって、具体的な問い、困難なケース、反抗の運動、証言を通して共通の練り上げによる合法性を明らかにできるでしょう⁽⁸⁷⁾。

彼が解答を示そうとしないのは、解答は、誰かに代弁されて、御託宣として与えられるものではなく、「社会体のまさに内部で、社会それ自体に関する、社会的な作業全体⁽⁸⁸⁾」によって見出されるべきものだからである。そうでなければ、問題自体を生み出した権力関係は何ら修正されない。したがって、現実には、フーコーが突き付けたその同じ問いは、精神医学のみならず、講義の語り手であり、したがってその特権的な聴衆・読者であるフーコー自身をも含めた、すべての聴衆・読者にも、向けられている。フーコーは問いを措定するだけでなく、その解決作業に参画しようとするし（「私であれ他の人であれ、いかなる専門家にも責任を委ねないで、私自身がこの作業

に参加できればと思います⁽⁸⁹⁾」)、聴衆一読者にも、その問いを真剣に受けとめることを期待している。それが、フーコーが書いたり発言したりする時の根本的なスタイルであり、彼が書くこと一発言することの真の賭け金なのである。それをフーコーは、《経験》と呼んでいる。

あの本（『狂気の歴史』）は私にとって——またあれを読んだり利用した人々にとって——我々が狂気や狂人や精神医学の制度や精神医学の言説の真実自体に対して持つ関係（歴史的、また理論的關係、道徳的・倫理的でもある関係）の変形を構成しました。ですからあれは、書いた者にとっても読んだ者にとっても、歴史的な真実の確認として以上に、経験として機能する本なのです。[……] 重要なことは [……] 本が可能にしている経験の方にあるのです。ところでこの経験は真でも偽でもない。経験は常に虚構です、それは何か自分自身で作り上げるもの、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す。これが真実との難しい関係です、真実はこのようにして、それとは結び付いていず、ある点まではそれを破壊する経験に巻き込まれるのです⁽⁹⁰⁾。

『狂気の歴史』について語っているこの発言は、73・74年度の講義についてもあてはまる。だから、講義が、語られた時点で反精神医学運動と連帯していたように、30年後に公刊された今度は、《経験》を媒介にして読者との間にいかなる実践を生み出すことができるかが、この講義に対しても、その読者に対しても、今問われていることである。

注

1. 「精神医学は、精神病院で誕生したのではない、一気に帝国主義化されたのだ、常に、包括的な社会計画の統合的一部だったのだ。[……] 1820年代からの、刑事司法への精神医学の介入は、非常に早くから精神医学の一般化された厚かましきの支配が始まっていることの徴である」、《L'agile illimité》, *D.E.*, t. III, n. 202, p. 272.
2. だが結局、この問題に関するエーの態度はここでは判定できないように思える。「恋の悩み」や「夫婦の衝突、子供の教育、職業の選択」が「治せる病気」となっている事態に対して、エーは、「分かっていたきたいのは、精神医学はこの種の問題を取り上げる必要がないと、私が言っているのではないことである。精神医学は『精神疾患』の診断と治療にとどめて、本来あるべき姿を維持することから一歩も、一刻たりともはみ出すべきではないと言っているのである」（エー、前掲書、78頁、注（2））と注記しているからである。

邦訳に基く限り、この注記からは、エーの真意はよく分からない。

3. 「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、心理学を精神医学からもっとはっきり分離すべきである」(同書, 79 頁)。
4. 犯罪者の「治療」について、エーは、「医学的処置が重要ではないことが『はっきり』している場合がしばしばあることは疑いない。それでは、なぜその時『臨床的』処置という言葉を使わなければならないのか」と反論している(同書, 81 頁, 注 (2))。
5. 同書, 70 頁。
6. 同書, 47 頁。『狂気の歴史』の歴史認識のこの「間違い」については他の精神医学者も指摘している。たとえば、小俣和一郎は、「中世ヨーロッパを席卷した魔女狩りの嵐は、多くの精神病患者をその対象の内に含めていただろう。[...]しかし、その一方で、精神病患者に宿と食事を提供する慈善的な初期の精神病院施設もまた、ヨーロッパ宗教改革を機に登場してくる」(『近代精神医学の成立——「鎖解放」からナチズムへ』, 人文書院, 2002 年, 13—14 頁)と反論して、《精神病患者》と《精神医学》が近代以前から存在していたことを主張している。だが、こうした反論の最大の問題点は、《狂人》を《精神病患者》と、また《狂人の医療的処置》を《精神医学的処置》と、組織的に読み替えていることにある。
7. Michel FOUCAULT, *Folie et Dérison, L'Histoire de la Folie dans l'âge classique*, Gallimard, 1972 (以下 H.F.と省略する), p. 133 (邦訳, 『狂気の歴史——古典主義時代における』, 田村俊訳, 新潮社, 1975 年, 141 頁)。
8. *Ibid.*, p. 135 (邦訳, 142 頁)。
9. *Ibid.*, p. 127 (邦訳, 136 頁)。
10. *Ibid.*, p. 214 (邦訳, 220 頁)。
11. *Ibid.*, p. 316 (邦訳, 320 頁)。
12. *Ibid.*, p. 223 (邦訳, 228 頁)。
13. 1973 年 5 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》で行った報告《狂気の歴史と反精神医学》において、フーコーはレインとクーパーの実験に言及し、「狂気が生み出される空間の脱医学化」に、「単なる認識論的切断以上のもの」、「民族学的断絶」、「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」の問い直しを読みとっている(この報告自体は未刊、一部がラグランジュによって引用されている, cf. 《Situation du cours》, *op. cit.*, pp. 367-368, note 47)。
14. 《Le pouvoir psychiatrique》, *op. cit.*, p. 686。
15. *Ibid.*, p. 684。
16. *P.P.*, pp. 236 et 247。
17. Cf. *Ibid.*, pp. 183-184。
18. アンリ・エレンベルガー, 『無意識の発見 上』, 木村敏・中井久夫監訳, 弘文堂, 昭和 55 年, 110—111 頁。
19. エー, 前掲書, 24 頁。
20. *P.P.*, p. 251。
21. *Ibid.*
22. *Ibid.*, p. 271。

23. *Ibid.*, pp. 134-135.
24. *Ibid.*, p. 253.
25. *Ibid.*, p. 305.
26. シャルコーは、力動性麻痺群（ヒステリー性麻痺、外傷後麻痺、催眠性麻痺）を、神経系損傷の結果である器質性麻痺と対立させ、またヒステリー性緘黙症やヒステリー性股関節痛に関しても、催眠術を用いて実験的にそれを再現して、器質性障害との差異を明らかにした。同様に、力動性記憶喪失（催眠下では記憶内容を回復する）と器質性記憶喪失（記憶内容を回復できない）の区別も確立した（エレンベルガー、前掲書、105—106頁参照）。
27. *P.P.*, p. 311.
28. *Ibid.*
29. Cf. *Ibid.*, p. 313.
30. *Ibid.*, p. 323.
31. *Ibid.*
32. *Ibid.*, p. 324.
33. エレンベルガーは、「老いたるシャルコーがその死の直前数ヶ月間、おのれの業績の将来の運命を悲観し」、「自分の仕事は死後そう長く残らないだろうという気がする、と口に出していた」という「シャルコーと泥懇だったジュール・ボワ」の証言を引いている（エレンベルガー、前掲書、116頁）。
34. *P.P.*, p. 136.
35. 《Asiles. Sexualité. Prisons》, *op. cit.*, p. 776.
36. エー、前掲書、104—105頁。
37. 同書、120頁。
38. 同書、101頁。
39. 同書、100頁。
40. 「精神医学 […] の唯一の目的は、精神疾患の人が […] 存在の精神病理学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だ」（エー、前掲書、119頁）、「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」（同書、125頁）。
41. *P.P.*, p. 29.
42. 《Le pouvoir psychiatrique》, *op. cit.*, p. 678.
43. Michel FOUCAULT, *Les Anormaux*, Gallimard-Seuil, 1999（以下L.A.と省略する）, p. 147.
44. ルーレのモラル・セラピーは、1973年12月19日の講義で詳しく分析されている。Cf. *P.P.*, pp. 143-170.
45. Cf. *Ibid.*, pp. 48-59; 103-107.
46. 《心療地区》精神医学は、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して、一定の人口を基準に区分けされた心療地区ごとに精神医療を推進しようとする、フランス独自

の治療モデルである。1960年3月15日の通達によって公式に認可され、1985年7月25日法によって国家制度化される。

47. ジェラルド・マッセ, アラン・ジャッカル, ミッシェル・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, 84頁。
48. 心療地区^{セキョウク}の前身である治療・社会復帰センターが関与して以降, 社会復帰率は50%から80—85%に上昇した(同書, 69頁)。
49. エー, 前掲書, 50頁。
50. 《Le jeu de Michel Foucault》, *D.E.*, t. III, n. 206, pp. 307-308.
51. *Ibid.*, p. 308.
52. Jaques-Henri Robert, 《Aliénés》 in *Recueil*, 1er janvier 1985, p.2.
53. 《Table ronde sur l'expertise psychiatrique》, *D.E.*, t. II, n. 142, pp. 667-668.
54. 被疑者が刑法64条を適用される場合, 通常は, まず知事が強制入院を命令してから, 予審判事は免訴を決定していることを, アラン・プロテは指摘している (cf. Alain Prothais, 《La loi du 30 juin 1838 à l'aune du droit pénal》, *Recueil Dalloz Sirey*—1990, 8^e cahier, Dalloz, p. 52)。
55. *L.A.*, p. 292.
56. カステルは《殺人モノマニー》を, エスキロールが, ビネルの《錯乱なき狂気》という概念をもとにして作り出した「特徴的な知的障害のない感情及び意志の病理」としての《部分的狂気》を, ホフバウアーが『法医学概論』で提唱した「狂気と名付けることはできないが, ある行為への衝動を押さえきれない状態」というカテゴリー(つまり「一時的錯乱」や「決定的行為への突飛な衝動」)にあてはめたものだと, 指摘している。ロベール・カステル, 《医師と裁判官》, 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, 1975年, 258頁を参照のこと。
57. *L.A.*, p. 121.
58. *Ibid.*, p. 146.
59. *Ibid.*
60. *Ibid.*, p. 147.
61. *Ibid.*, p. 149.
62. *Ibid.*
63. *Ibid.*
64. *Ibid.*, p. 261.
65. *Ibid.*, p. 264.
66. *Ibid.*
67. *Ibid.*
68. *Ibid.*
69. *Ibid.* p. 266.
70. *Ibid.* p. 270.
71. *Ibid.*

72. *Ibid.*, pp. 270-271.
73. *Ibid.*, p. 271.
74. *Ibid.*, p. 283.
75. *Ibid.*, p. 281.
76. *Ibid.*, p. 283.
77. *Ibid.*, p. 281.
78. *Ibid.*, pp. 283-284.
79. *Ibid.*, p. 281.
80. *Ibid.*, p. 293.
81. *Ibid.*, p. 294.
82. *Ibid.*, p. 295.
83. *Ibid.*, p. 294.
84. *Ibid.*, p. 298.
85. *Ibid.*
86. *Ibid.*, p. 300.
87. 《Entretien avec Michel Foucault》, *op. cit.*, p. 87. 引用個所の直前で、フーコーはこうも語っている、「私は絶対に解決を規定する者という役割は演じたくない。今日、知識人の役割は、法律を作り、解決を提示し、予言することではないと思います。というのもそういう機能では、知識人は特定の権力状況の働きに貢献することしかできませんが、そのような権力状況こそ、思うに、批判されるべきだからです。[...] 政党のアルター・エゴであり分身であり同時にアリバイであるような知識人の働きはお断りです」(*Ibid.*, pp. 86-87).
88. *Ibid.*
89. *Ibid.*
90. *Ibid.*, p. 45. これにすぐ続けて、フーコーは『監獄の誕生』についても同様のことを語っている、「我々が了解可能な形でいくつかのメカニズム（たとえば、投獄、処罰化、等々）を把握するに至る時の経験と、それらを異なる形で知覚することによって我々をそれからついに切り離す時のやり方とは、唯一で同一のものでしかないはずです。[...] 経験はまったく一人でなされることですが、それが十全にできるのは、経験が純粋な主観性を逃れるから、つまり他者が、それを正確に反復するとは言いませんが、少なくともそれと交叉し再横断することができるからに他なりません。[...] 本が出ると、様々な読者が[...] 次のような独自の判断をしてくれました、《ショックだ、正しい観察はあるかもしれない、だがともかく、この本には確かに限界がある、だって、やってられないじゃないか、今までどおりの活動はできないじゃないか》。まさしくこの反応は、作業が成功したこと、私の望んだとおりに機能したことを証明している、と答えましょう。ですからあの本は、変化させる、常に同じものであることや、事態や他者と本を読む前と同じタイプの関係を持つことを、妨げる経験として読まれたのです。[...] あの本は、実際に進行していること、つまり言わば今日の人間が自己自身について持つ観念に対する変形に、自分を書き込む以外のことは何もしていませんでした。他方、あの本はまたこの変形のためにも働きました。小さな部分ですが、あの本は変形の動因でもありました。これが私にとっては、真実としての

本や論証としての本とは対立する、経験としての本というものなのです」(*Ibid.*, pp. 46-47)。