

犯罪と精神医学

――フーコーの精神医学批判(2)――¹⁾

佐々木 滋 子^{*}

- I ^{ヤヌス}精神医学の二つの顔
- II 何を《狂気》と呼ぶか
 - 1 アンリエット・コルニエ事件――《本能》の発見
 - 2 意志と非意図的な行為――精神医学の変質
 - 3 1838年法――精神医学の知と権力（以上本号）
 - 4 兵士ベルトラン事件――《性的本能》の特権性
 - 5 シャルル・ジュイ事件――《幼児性》というフィルター
 - 6 遺伝――《変質者》の誕生
 - 7 ^{シルコンスタンヌ・アテニエアント}酌量軽減の情状――精神医学と司法のもう一つの関係
- III 規範化する知一権力

I ^{ヤヌス}精神医学の二つの顔

フーコーは1973年度・74年度のコレージュ・ド・フランスでの講義で、『狂気の歴史』（1961年）から12年を経て、再び狂気と精神医学について語った。この二つの講義は、『狂気の歴史』が搁筆した所――19世紀初頭の精神医学の誕生――で、問題をまた取り上げているという点では、まさしく73年度の講義で語られたように、「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²⁾」に書き込まれていると言えるが、『狂気の歴史』のアプローチに対する厳しい自己批判に基づいて、精神医学を、社会的な《権力関係》の中に置かれた、それ自体が一つの《権力装置》であるものとして捉え、分析しようとしている点では、その後の探求を、近代に固有な権力形式の分析という新たな方向性に

『一橋法学』（一橋大学大学院法学研究科）第3巻第3号2004年11月 ISSN 1347-0388

※ 一橋大学大学院法学研究科教授

1) 本論文は、佐々木滋子《近代の狂気と精神病院権力―フーコーの精神医学批判(1)―》『一橋大学研究年報人文科学研究』42号と対になっている。
2) Michel Foucault, *Le Pouvoir psychiatrique*, Gallimard-Seuil, 2003（以下、*P.P.*と省略する）、p. 14.

開いていくものでもあった。

ところで、この二つの講義は、73年度の《精神医学の権力》(1973年11月7日—1974年2月6日)が、医師と患者の力関係を通して、主として、治療装置としての精神病院権力を分析しているのに対して、翌74年度の《異常者たち³⁾》(1975年1月8日—3月19日)が、今日精神医学の主要な対象となっている《異常者》＝《危険な個人》の歴史的形成を通して、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という点で、連続的というよりは、対称的・相補的な関係にあるのだが、このような構成は、実際には精神医学という権力装置のある特性に対応している。と言うのも、精神病院の内と外と言う時、そこに、内から外へと、「巨大な理性の墓場」から、「コンサルタントや無料診療所、社会心理学、医療—教育センターと言ったますます細くなる多くの運河を伝って⁴⁾」、精神医学の権力が社会に漸進的に浸透していくプロセスを想定すべきではないからである。「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さ [=領域侵犯・医学的領域からの逸脱] の支配が始まっていることの徴である⁵⁾。」この「包括的な社会計画」において精神医学に期待された役割、精神医学が請け負い、そのためには「厚かましい」介入も許された社会的機能が、《危険の専門家・社会秩序の見張り番》というものだった。実際、後に見るように、19世紀の、またさらには今日の、精神病院に収容されているのは、一昔前に、ピネルが鎖を解いてやった時、一般施療院に監禁されていたあの《異様な動物相》ではない、そこに見出されるのは、《危険な個人》である。したがって、内側では治療、外側では危険の狩り立て、内側では医学、外側では公衆衛生、という精神医学の二つの顔は、実際には唯一の同じ権力行使

3) Michel Foucault, *Les Anormaux*, Gallimard-Seuil, 1999 (以下、L.A. と省略する)。

4) Michel Foucault, *L'Agile illimité*, *Dits et Ecrits 1954-1988*, Gallimard, 1994 (以下 D.E. と省略し、初出時に巻数と論文番号を挙げる), t. III, n. 202, p. 272.

5) *Ibid.*, pp. 272-273.

のヤヌスの相貌に他ならない。二つの講義は、内と外からこの権力の働きを炙り出すことによって、その本質的同一性を明らかにしている。

この二つの講義の内、ここでは主として74年度の講義を取り上げて、精神医学と《危険な個人》との関係を通して、精神医学の権力の拡張を概観することにした。

II 何を《狂気》と呼ぶか

ある対談でフーコーは、以下のように簡潔に『狂気の歴史』における彼の試みを要約している。

問題は、どうして西洋世界で、狂気は18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たんです。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、理解され規定されう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、16世紀から19世紀の間に定義される、この種の集団的で複数の経験を理解しようとしたんです⁶⁾。

対象としての狂気とそれを理解する理性的主体との関係は時代に応じて異なるが、近代の始まり（18世紀末—19世紀初頭）にはそれは、精神疾患としての狂気と、それを科学的・実証的に認識し、したがって治癒させる能力を唯一所有するものとしての精神医学との関係になる。精神医学は、狂気について《知っている》唯一のものとして、狂気理解における覇権を宣言し、《狂気》を全面的に引き受けようとする。

6) 《Entretien avec Michel Foucault》, *D.E.*, t. IV, n. 281, p. 55.

だが、狂気が精神疾患になった、医療の対象になった、と語る時、直ちに導かれる問いがある。病理的と見做されて、医療の対象となるのは、疾患としてカテゴリー化されるのは、いかなる精神の状態なのか。というのも、古典主義的な狂気意識（非理性としての狂気）から近代的な狂気意識（精神疾患としての狂気）への変化は、実際には新たな対象の切り分けを生み出すからである。近代的な狂気意識は、狂気の定義を根本的に変化させる、新たなカテゴリーが生み出され、個々の狂人の相貌は一変する。狂気が精神医学の対象になる時、全く新たな対象領域が作りだされ、次いでそれが拡大されるのである。それは同時に精神医学が診断学的知を発展させて行く過程でもあるのだが、奇妙なことにこの過程は、精神病院内部によりも、精神医学がこの知をもって、公衆衛生の専門科学として、司法・行政・家族にその権力を食い込ませて行く過程にこそ、明確に見て取ることができる。精神医学においては、知の練り上げとその「帝国主義的」領土拡大とは、現実には表裏一体の関係にあったと言える⁷⁾。

精神医学が司法に食い込んで行く糸口となったのは、もちろん精神鑑定である。だが、1791年9月16—29日法が、「殺人あるいは原因が不明ないしは疑わしい死の場合、警察将校が技術者を伴って現場に赴いた後でなければ、埋葬はできない⁸⁾」という漠然とした表現で、医学的鑑定を司法の中に位置付けてから、鑑定の間口が精神医学にまで広がるには、確かに困難があった。王制時代でさえ狂気の法的無責任は認められていたのだから⁹⁾、精神鑑定が必要とされるのは、狂気

7) 精神医学のこの野心は、エスキロールとマルクの提唱によって1829年に創刊された『公衆衛生・法医学年報』創刊号のマニフェストに、明瞭に定式化されている——「医学は、病気の研究と治療だけを目的とするのではない。医学は社会機構とつながりを持っている。しばしば医学は、法律の制定に際して立法者を助け、その適用について行政官を啓蒙し、つねに官公庁と協力して公衆の健康の維持につとめている。われわれの知識のこの側面は、このように社会の必要事に応用された、公衆衛生および法医学となっている」（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、266ページ）。

8) Frédéric Chauvaud, *Le prétoire, la monomanie et l'expertise judiciaire : la difficile naissance des « experts de l'âme » (1791–1832)*, Michel Foucault et la médecine — *Lectures et Usages*, Edition Kimé, 2001 (以下 *M.F.M.* と省略する), p. 214.

9) 『狂気の歴史』は、1670年の犯罪に関する王令第28項第一条「いかなる意志をも持たない躁暴者もしくは狂人は、彼自身の狂気によって十分に罰せられている以上、処罰するべきではない」を引用している (Michel Foucault, *Folie et déraison His-*

が明白ではない場合である。だが、「狂気が外的徴候によっては明示されない時、司法に呼ばれる医師たちは時に途方に暮れた様子を見せる。流血の殺人、犯罪的解体、見事な毒殺は、記述の名人芸と技術的能力を展開する機会だが、狂気はまずその非物質性によって明示されるので、一筋縄ではいかない。では対話の相手を説得するのに、どうやって狂気を触知可能にすればいいのか¹⁰⁾。」精神医学が困惑するのと同様、司法の側にも大きな抵抗がある。「司法界と陪審にとっては、狂人であると言明された者は狂気の表象と対応していなければならない¹¹⁾。」この対応が不在な時、なぜ鑑定結果を受け入れ、したがって、責任性の無化を、事実の犯罪性の廃棄を、受け入れねばならないのか。犯罪者をなぜ司法が手放さねばならないのか。とは言え、司法と医学が互いに相手の不可侵の領域を尊重しあって、きっちりした住み分けを維持する限り、精神医学は新たな介入領域を開拓することはできない。したがって、精神医学は司法の頑なな扉をこじ開けようとする。そして、鑑定が必ずしも常に法廷で勝利を収めるわけではないとしても¹²⁾、決定的な勝利は意外なほど早くやって来る。それが、1824年のアンリエット・コルニエ事件である。

1 アンリエット・コルニエ事件——《本能》の発見¹³⁾

パリの若い通い女中だったアンリエット・コルニエが、隣家の一歳半になる少女の首を切り落とした事件が人々の関心を引いたのは、単に犯行が残酷だったと

toire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1972 (以下 H.F. と省略する), p. 153、邦訳『狂気の歴史——古典主義時代における——』、田村俣訳、新潮社、1975年、184ページ)。

10) Chauvaud, *op. cit.*, p. 214.

11) *Ibid.*, p. 218.

12) 1823年のフェルドマン裁判では、父が抑え難い情念ゆえに娘を殺害するという事件の異様さが人々の関心を引き、法廷は犯罪動機の解明のために精神医学者の意見を求めた。鑑定は《モノマニー》を主張したが、フェルドマンは死刑の判決を受ける。同様に1825年のパバヴォワヌ事件でも——パバヴォワヌは、散歩中のヴァンセンヌの森で二人の子供を連れた婦人で行き会い、すれ違いざま子供たちを刺殺して、第一級殺人罪に問われた——その異常さが鑑定を不可避にする。ここでも、鑑定を担当した精神医学者ジョルジェは《殺人モノマニー》を主張したが、死刑の判決が下っている。Cf. *Ibid.*, pp. 217–218 et 223.

13) この事件に関するフーコーの講義は、1975年2月5日に行われている。以下の記述は、特に断らない限り、この講義に準じている。Cf. L.A., pp. 101–125.

いうだけの理由からではない。犯罪自体が、どう考えてもまったく説明のつかないものだったからである。この犯行は、突発的なものではなく、ある意味では非常に周到で計画的なものだった。彼女は自覚的な殺意の下に、隣家の女性を上手に説得して、子供を自宅に連れて行ったからである。犯行が発覚した時にも、彼女には取り乱した様子はまったくなかった。ところがアンリエット自身には、自分がなぜそんなことをしたのか、全然、説明ができなかったのである。理由を聞かれて彼女は言う、「ふとした出来心で：C'est une idée」。

当時刑法は、既に1810年に新しいシステムに移行していた。この新しい刑法システムでは、犯罪とその処罰についての考え方が、前の時代とは大きく異なっていた。旧制度では、あらゆる犯罪は国王の権力に対する侵害と見做された。だから、犯罪は常にそれを上回る国王の権力の報復を受けた。犯罪が重大なものであればあるほど、報復は残虐になった。この時代に、公開処刑や拷問、鞭打ち、晒し刑といった残酷な身体刑が多かったのはその理由からであって、人権意識の未発達のためではない。犯罪は、それを上回る国王の権力の報復を受けることでしか、償われなかった。この報復によってしか、犯罪が乱した社会秩序が旧に復することはなかったのである。ところが、ナポレオンの新しい刑法システムは、処罰についてまったく違う考え方をする。まず、犯罪はもはや権力に対する侵害とは見做されず、むしろ犯罪者の利害という観点から説明される。犯罪者はある利益を獲得したり逆にある不利益を免れたりするために犯罪を行った、と考えるのである。この場合、処罰は犯罪の償いにはなりえない。犯罪は既に起こってしまっているので、もう取り消しはきかないからだ。それでも、処罰することにはなお二重の利点がある。まず、その犯罪によって得られた利益や免れることができた不利益を、処罰によって相殺することができる。次に、処罰することは、今後似たような利害から別の犯罪が引き起こされるのを抑止する。したがって、ここには大きな変化がある。前の時代には、国王の権力を侵害するものとしての犯罪が、処罰という名の報復を受けた。報復は犯罪を償うものだった。報復され、国王の権力の強大さが万人の目に改めて確認された時、冒された犯罪は消滅し、国王の権力は、再び揺るぎない完全なものとなって、人々の前に現れる。ところ

が、新しい刑法システムでは処罰されるのはもはや犯罪ではない。犯罪は、一度起こってしまえば、償いえないもの、消去しえないものだからである。代わりに、処罰されるのは今度は犯罪者である。利害が目的で犯罪を行った人間が、処罰されて、犯罪によって手に入れた利益や逃れることのできた不利益を相殺される、そういう形で社会秩序は安定を取り戻すのである。犯罪と処罰のこのような考え方は、刑法手続き、訴訟手続きにも、大きな変化をもたらす。前の時代には、犯罪者が犯罪の時点で理性を失っていた場合を除き、どんな犯罪でも、国王の権力の侵害である以上は、犯罪であるという理由だけで処罰することができた。ところが、新しい刑法では、第一に、犯罪は犯罪者の利害から生み出されたものであるから、この利害の存在が、それを相殺するものとしての処罰を正当化する。逆に言うと、利害という観点から合理的に説明できない犯罪は処罰できない。利害がないなら、処罰によってそれを相殺することはできないからである。ここから、処罰できるための第二の条件が出てくる。犯罪が利害に基づいていたなら、犯行は合理的な行動であり、犯罪者は理性的に行動したと言える。逆に、犯罪を利害によって説明できないなら、それは不合理な行動なので、狂気のあることになる。ここに、新しい刑法システムが含む問題点がある。旧制度では、先にも述べたように、犯罪者が犯行の時点で狂気ではなかったなら、それで十分処罰可能だったのだが、新しい刑法では、犯罪者の理性が証明されねばならない。理性がなければ、利害を計算して行動できなかったのだから、事件はあっても犯罪は存在しない、したがって、処罰できない。犯罪が利害によって合理的に説明できるということと、犯罪者が理性的に行動しているということは、表裏一体の関係にあって、この二つの条件が同時に満たされないと、処罰はできないのである。

ところが、犯罪と処罰についての考え方のこの変化は、かならずしも実際の法律によっては裏付けられていなかった。新しい刑法の64条はこう規定している。「刑事被告人が行動の時点で心神喪失状態にあった時、あるいは抵抗できない力に縛られていた時には、犯罪も軽犯罪も成立しない」、したがって処罰できない。だが、実を言うと、この法律は前の時代の考え方を引き継いでいる。この法律が語っているのは、裏を返せば、犯罪者の狂気が立証できなかったなら処罰できる、

ということだからである¹⁴⁾。ところが、新しい刑法システムの中心的な考え方からすれば、それでは不十分な場合がある。つまり、被告は犯行時に心神喪失状態にはなかったと言うだけでなく、はっきりと理性があったことが、だから利害の計算に基づく行動があったことが証明されないと、狂気の可能性が拭いきれないので、処罰していいのかが分からないという場合がある。たとえば、アンリエット・コルニエ事件のようなものがそうだ。この事件の問題は、第一に、コルニエ自身にも、司法にも、彼女の犯罪がまったく説明できなかったことにある。彼女が隣家の幼児を殺さなければならない理由はどこにもなかった。事件の背景は丁寧に調べられたが、どうしても動機は、彼女を犯行に駆り立てた利害は発見されなかった。第二の問題は、それにもかかわらず、コルニエ自身には、犯行当時もその前後にも、いかなる心神喪失の徴候も見出されなかったことだった。したがって、刑法システムは困惑する。犯罪者は明らかに理性的に行動しているように見えるのだが、その行動には合理的な説明がつかないのだ。その時司法はこの被告を処罰できるのか、それともできないのか。確かに、刑法64条が要求しているのは、犯罪の時点で犯罪者が心神喪失状態にあったことの証明である。だから、その徴候が一切見られない以上、コルニエを処罰することは法律的には可能である。検事は、断固として、極刑を、死刑を求刑する。しかし、彼女の行為にはまったく動機らしいものが見当たらない、合理的に説明できない、だから理性的な行動とは思われぬ、それならそれは狂気の行動なのだから、処罰は正当化されない。弁護士は抵抗する。しかし、弁護士自身にも彼女の狂気を立証することはできない。刑法システムはジレンマに陥る。もはや裁けなくなる。裁こうとしたら、法律ではないものに処罰の可能性について判断を仰がなければならなくなる。つまり、精神鑑定である。精神医学の知が、鑑定によって、彼女の狂気を

14) この考え方が今日でもまだ生きていることは、たとえば、イヴ・メイヨが刑法64条について以下のように註釈していることから明らかである——「刑法64条は、被告が行為の時点で自己の行為を意識していなかったことが明らかにされないなら、その適用を受け入れるには及ばない」(Code pénal, 90 e édition, annotations de jurisprudence et bibliographie par Yves Mayaud, Dalloz, 1992, p. 106)、言い換えれば、刑法64条の適用に際しては、その根拠となる心神喪失状態の存在が明示されねばならないわけである——「刑法64条によって被疑者を釈放する命令が、この条項の規定を単に繰り返すだけに限られて、その決定を他に根拠づけていない場合には、この決定は根拠の欠如のために無効にされねばならない」(Ibid., p. 107)。

否定してくれるなら、刑法は処罰できる。また逆に、彼女の狂気を立証してくれるなら、処罰しないですむ。処罰が可能か不可能かを、法律以外のものによって、精神医学の知によって、決定してもらわなければならない、これが刑法の置かれた立場である¹⁵⁾。刑法システムは、コルニエ事件によって陥れられたジレンマから抜け出そうとすれば、法律の外に自ら逸脱して行かざるを得なかったのである。

この事件で、最初にコルニエの精神鑑定にあたったのは、エスキロール、アドゥロン、レヴェイエという当時一流の精神科医たちだった。だが、彼らは「何らかの狂気の種類を特徴付けるような固有の徴候¹⁶⁾」をまったく発見できない。3ヶ月後に出された第二の鑑定結果でも、結論は同じである、狂気の徴候はまだ見当たらない。そこで業を煮やした弁護士は自費で別の精神医学者を依頼する。マルクである¹⁷⁾。マルクはこの犯罪をどのように説明し、ジレンマに陥った司法にいかなる救いの手を差し延べたのか。マルクは、一方で、コルニエの犯行には動機がないことを強調する。他方で、マルクはまた、犯行当時にコルニエが語った言葉も強調する。コルニエは、犯行が発覚した時、言った、「これはきっと死刑だわね：Je sais que ça mérite la mort」。マルクによれば、この言葉は、コルニエが犯行当時全く明晰で非の打ち所のない道徳的認識を持っていたことを示すものである。なぜなら、彼女は自分の行為が極刑に値することを十分に認識しているからだ。では、コルニエには理性があるのかというと、マルクの見解はそうではない。犯行に動機がないこと、しかし、犯行当時もコルニエの道徳的認識はまったく損なわれていなかったこと、これがまさに狂気の徴候なのである。そこ

15) 刑法64条を注釈しながら、エミール・ガルソンは以下のように述べている——「精神異常が存在するかどうかを知るというこの問いは、法の領域には属さない。それは精神医学にしか属していない。[...] 実際の刑法は精神医学の結論を受け入れることしかできない。[...] したがって判事は、被告の精神状態に何らかの疑惑を抱いたら、精神鑑定を行わせねばならないし、精神鑑定のみが、幾許かの確実性を持って、純粋に医学的な問題を解決できるのである。この法—医学的検査は、これらの研究を専門にした精神病医にのみ委ねるのがさらには適切である。[...] たとえば、陪審と判事が、自己の良識と良心のみに照らして、責任性の問題を解決すべきであるとは、もはや誰も主張しないであろう。確かに精神異常はしばしば熟達した鑑定医によってしか診断できないのである」(Code pénal annoté par Emile Garçon, tome premier (Art. 1 à 294), Recueil Sirey, p. 209)。

16) Chauvaud, *op. cit.*, p. 219.

17) Ch.-Ch.-H. マルクは、ルイ・フィリップの第一侍医で、健康高等評議会・衛生評議会・王立医学アカデミーの会員であり、当時エスキロールと並ぶ衛生医学界の最高権威の一人だった。

にあるのは何かと言えば、それは、利害の計算や道徳的認識をもってしても押し止めることのできなかったある抵抗できない強い力がその時コルニエの中で働いた、ということなのだ。コルニエは、自分の行為が死刑に値することをよく知っていた。ところが、それでいながら犯行に走ったのだとしたら、そこには、自分の生命さえも放棄させてしまうほどに強い、抵抗できない殺人衝動が働いたとしか考えられない、そう考えなければこの事件は合理的に説明できない、こうマルクは主張する。では、利害や道徳を上回るこの強い衝動、欲求とは何か。マルクはそれを《本能》と命名する。

もちろんこの時、マルクにはまだ、自分が《本能》と呼んでいるものが正確には何であるのかを説明することはまったくできなかった。だから彼は、ただちに《本能》を《妄想的行為》と言い直して、彼自身の精神医学的知にそれを回収しようとしている。だが、この言い方は、この場合、明らかにまったく意味をなさない、《妄想的行為》が妄想によって生み出された行為を意味するなら、コルニエにはいかなる妄想もなかったからであり、またそれが何か《妄想》に等しいものを意味するなら、それは《妄想》ではないからである。したがって、いずれにせよそこで問題になっているのは、《妄想》とは全く別のものである。

マルクの鑑定は二つの理由から重要である。第一に、この時から精神医学は、それまでとは異なる方向に、狂気に関する知を展開させていくことになるからである。マルクが鑑定を行った当時、狂気はまだ、錯乱・幻覚・妄想・誤った思い込み・明白な真実の拒否といったものを特徴としていた。狂気のこのような理解には、マルクが《本能》と呼んだもの、つまり利害の計算や道徳によっては食い止められない、抵抗できない、盲目的な激しい欲求・衝動という要素は含まれてはいない。言い換えれば、それを概念化し、それについての言説を構成させるようなものは、まだ、精神医学の知には存在していない。だからこそマルクは、《本能》を《妄想的行為》と言い換えて、《妄想としての狂気》という古い概念の中でそれを語ることしかできなかったのである。だが、それでもマルクが《妄想的行為》という古い用語の下に書き込もうとしたこの《本能》は、実際にはまったく新たな精神医学の対象領域を開く。それが、「衝動・欲動・傾向・性向・自動性、要するに、古典主義時代の情念とは異なって、基本的な表象に従うのでは

なく、逆に、特殊な力動性に従っていて、それに対して表象・情念・情動は派生的もしくは従属的な二次的位置にあることになる、あらゆる概念、あらゆる要素¹⁸⁾」からなる領域である。これ以降、狂気の内容は逆になる。《本能》が狂気の中に持ち込まれた結果、それまで狂気の本質だったもの、つまり幻覚や妄想は、この《本能》から派生する二次的なその表現でしかなくなる。したがって、もはや幻覚や妄想が見当たらなくても、狂気はありうることになる、また目に見えるいかなる徴候もなくとも、心神喪失状態はありうることになる。動機のない行動、非合理的行動は、《本能》の抑え難い力に支配された行動である以上、心神喪失状態にある行動である、したがってそれは狂気である。したがって、ごく些細な行動にも、それが非合理的なものであれば、狂気を、心神喪失を、疑う理由が生まれて来る。「アンリエット・コルニエによって、理由がないので法的・医学的・道徳的スキャンダルだった行為から、本能の力動性に属している以上は医学にも法にも特殊な問題を指定する行為への、逆転のメカニズムが見て取れる。理由なき行為から本能的行為への、移行がなされた¹⁹⁾。」

第二に、《本能》という用語は、さらに別の問題も生じさせる。本能はすべて病理的なのか、それとも病理的な本能とそうでない本能とがあるのか、本能を抑えたり、矯正したりできるのか、人間の本能と動物の本能は同じなのか、それとも違うのか、病理的な本能とは動物的本能のことなのか、こういう問いから、結局何が生まれてくるのかは、後に見ることにしたい。

2 意志と非意図的な行為——精神医学の変質²⁰⁾

もちろん、類似の事件がなかった訳ではないが²¹⁾、コルニエのようなケースは

18) *L.A.*, p. 121.

19) *Ibid.*, pp. 121–122.

20) 以下の記述は、特に断らない限り、1975年2月12日の講義に準じている。Cf. *L.A.*, pp.127–154.

21) 上述したフェルドマン事件やパパヴォーヌ事件、またコルニエ事件の外にも、娘を殺してその腿肉をキャベツと一緒に煮て食べたセレスタのある女性の事件、あるいは、10歳の少女を強姦して、性器を切り裂き、心臓を食べた青年レジエの事件は、理性的主体による動機不明の犯罪として、世間の耳目を集め、精神医学の司法への介入を不可避なものとした。

極めて例外的なものである。だから、狂気が疑われるあらゆる事件について、必ず《本能》が持ち出されたわけではない。《本能》は狂気の説明としては、最初は極めてマイナーなものだったと言える。だがそれでも、《本能》は精神医学の発展にとって極めて大きな戦略的重要性を持った。この点で、マルクの鑑定は、先見的であったと同時に、正確に精神医学の野心的戦略に則っている。

このことは、マルクの鑑定を同時期の精神医学理論の中に置いてみる時、明瞭になる。1827年に——つまりマルクの鑑定より後に——仏訳されたホフバウアーの『法医学概論』第三部《精神医学の領域に属しうる精神の一時的状態》は、第三章《一時的錯乱について》と第四章《決定的行為への突飛な衝動について》によって、「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²²⁾」というカテゴリーを提起していた。つまり、狂気を、したがって心神喪失を結論することはできないが、それでも被告の責任性を問えない場合がある、という主張である。この主張に含まれている法医学的野心は明白であるが、それでもそこには大きな困難がある。カステルは、ホフバウアーがこのカテゴリーを、心神喪失と並んで刑法64条の適用条件を構成する「被告人が犯行の時点で抵抗できない力に縛られていた時」に適合させようとしていたと推測して、その根本的な矛盾を次のように指摘している——「この場合、強制は、一時的錯乱に関するものであれ突飛な衝動に関するものであれ、事実上自由意志を排除する外的強制ではない。また、ホフバウアー自身が認めているように、それは、刑法上の責任を問われない内的強制、すなわち狂気でもない²³⁾」。したがって、この矛盾を解決するために必要なのは、このカテゴリー自体を狂気の一つの種にしてしまうことである。エスキロールが、既に1819年の『医学事典』でピネルの《錯乱なき狂気²⁴⁾》という10年前の概念に新たな生命を付与して作り出していた、「特徴的な

22) カステル、前掲論文、258ページ。

23) 同上。

24) 《錯乱なき狂気》をピネルは次のように定義している——「理解力、知覚、判断力、想像力、記憶力の諸機能に目立った変性がないかわり、感情的機能の悪変と狂暴な行動や感情的激発への盲目的衝動とが認められ、しかもこの不幸な傾向の決定的原因と思われる、いかなる主要観念も、いかなる妄想も推定できない」（アレクサンドル・フォンタナ、《理性の間歇》、『ピエール・リヴィエールの犯罪——狂気と理性』、前掲書、273ページ）。

知的障害のない感情および意志の病理」としての《部分的狂気》²⁵⁾という疾病概念をそれに結び付けて、この困難を解決する。しかし、《部分的狂気》というカテゴリーの創出には、それ以上の功績があった。なぜなら、このカテゴリーによって、現実には、「狂気」の概念を拡大し、したがって、精神鑑定の応用範囲を拡張させることができたからである²⁶⁾。マルクの鑑定は、この文脈において、精神医学の野心的戦略内に位置付けられる。したがって、これ以降、たとえば、《本能的狂気》(マルク、ジョルジェ)、善悪の区別がつかない《道徳的狂気(背徳症)》(ブリチャード)、《明晰な狂気》(トゥレラ)、《行動の狂気》(プリエール・ド・ボワモン)あるいは《意識ある狂気》(バイヤルジェ)と言った、互いに類似してはいるが、完全には重なり合うわけではないカテゴリーが次々に立てられることになる。これらのカテゴリーあるいは概念は、確かに具体的な精神鑑定の場面での困難を解決するが、もちろん多大な反発を招く。実際、このカテゴリーを受け入れれば、どんな犯罪も処罰不能になりはしないだろうか。「行為が巨大であるために放免の担保となるような、特に血塗れで異常な犯罪を行いさえすればそれでいい。この見方を取れば、《行動が犯罪的であればそれだけ、犯罪者は成功のチャンスがある》²⁷⁾。」したがって、司法は反論する、「《悪》は存在する、そして特に恐ろしい殺人を犯す唾棄すべき犯罪者は、モノマニー患者ではなく、悪に屈した人間である。したがって彼らは狂人ではなく、自己の行為に責任がある。まったく違う解釈をすれば、《新たな偽善》に相当することになろう²⁸⁾」。医学界からすら反論は寄せられる、「不幸にして彼等〔鑑定医〕に委ねられてい

25) エスキロールによれば、《部分的狂気》では、「精神異常者は、依然としてその理性をほとんど完全に行使でき、一つの、あるいはごく少数の点についてしか錯乱していない。しかも彼が病気になる以前に感じ、思考し、行動したように、推論し、思考し、行動している」(Esquirol, *Note sur la monomanie homicide*, 1827, フォンタナ、前掲論文、275ページに引用)。

26) カステル、前掲論文、259ページ。

27) Chauvaud, *op. cit.*, p. 224.

28) *Ibid.*, pp. 220-221. これに対して、エスキロール、マルク、オルフィラら精神医学界の重鎮も、《モノマニー》の例外的性格を強調して、その濫用を戒めている。たとえばオルフィラは、「正直言って、偏執狂の存在を明言するのは、時として実に困難なことがあり、我々が擁護している原則を濫りに適用することは、社会秩序にとって危険なことがある」(フォンタナ、前掲論文、277ページ)と述べている。

る問題の検証において、彼らはあまりにしばしば、理性の自然の光を学派の野心的無知で代置している²⁹⁾」。

したがって、これらの反発と戦い、批判に答えざるをえない精神医学は、徐々に考え方を変える。まず、《部分的狂気》あるいは《道徳的狂気》、《明晰な狂気》等々という、奇妙な、形容矛盾に近い概念が放棄されることになる。《部分的狂気》という概念は、前述のように、道徳観念や行動など人格のごく一部だけが狂気に冒されている、という考え方に基づいて立てられたものである。しかし精神医学は、たとえ症状がごく限られた行動にしか現れなくとも、狂気は人格全体を損なっている、と考えるようになる。言い換えれば、《部分的狂気》のようなものはない、「部分的」なのは、「単一的」なのは、症状の現れ方であって、狂気は、たとえ表に出ていなくとも、人格全体を冒していると考えなのだ。考え方のこの変化が、《本能》という語に次第に具体的な内容を与えていく。先にも述べたように、従来の狂気の特徴は、妄想・幻覚、要するに明白な真実を認めることができない、ということにあった。しかし、《本能》という考え方は、妄想や幻覚が見当たらなくても、狂気がありうることを示唆している。では、その時には狂気はどこにあるのか、狂気に結び付けられているこの《本能》とは、一体何か。バイヤルジュは、1845年と1847年の論文で、《本能》を、非意図的な行為、自発的で自動的に現われる欲求や衝動と、説明する。この場合、狂気とは、意志の抑制に対する非意図的な行為の優越、つまり欲求や衝動が、意志の抑制を撥ね退けて、自動的に表に現れた状態、ということになる。この考え方に従えば、明白な真実を拒否して、幻覚や妄想に生きている者だけが狂人なのではない、自分の意志の主人ではない者、意志によって自分の欲求や衝動をコントロールできない者はすべて狂人である。人間の中では、通常、意志が欲求や衝動を支配し、抑制している、ところが、この支配関係が、コントロールが壊れてしまうと、精神は非意図的なものの言うがままになってしまう、幻覚・妄想・誤った思い込みなどは、その時現れる狂気の症状に過ぎないことになる。だから、狂気と言う時間問題になるのは、もはや幻覚でも妄想でも錯乱でもなく、意志と欲求や衝動との

29) *Ibid.*, pp. 219-220.

力関係の乱れである。

狂気に対するこの新しい考え方の、二つの大きな結果が指摘できる。第一に、狂気の定義が根本的に変化する。今や狂気の本質は、錯乱・妄想・誤った思い込み・明白な真実の拒否に、言い換えれば真実からの疎外にはない。欲求・衝動・非意図的な行為・自動性が狂気の根本にあるなら、その時狂気は、もはや真実からの偏差においてではなく、規範的行動からの偏差において、判定されることになる³⁰⁾。狂気のこの新たな定義から、「まったく新たな症候学的領野が開かれる。精神医学は、それまで精神疾患の次元にステイタスを持っていなかった現象のある総体全体を、症候学化できる、つまり疾患の症候として価値を付与することができるようになる。[…] ある行動の要素やある行動形式を、ありうべき疾患の症状として現われさせるのは、今後は、一方では、その行動が、行政的調整に基づいて、あるいは家族の義務に基づいて、あるいはまた政治的・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である。[…] 他方で、この隔たりが意志的なものと無意志的なものという軸上にどのように位置付けられるのかも、行動を症状に変える。行動規範に対する隔たりと自動的なものへの埋もれ方の度合いが、おおよそ1850年以降、行動を、ある時は精神的健康の領域に、ある時は反対に精神疾患の領域に、書き込ませることになる二つの変数である。隔たりと自動性が最小限であれば、つまり適合した意志的な行動があれば、おおよそそれは健康な行動である。反対に、隔たりと自動性が増大すれば、疾患状態がある […] いかなる行動も、意志的なものと無意志的なものという […] この軸上に位置付けることができるはずだし、[…] またいかなる行動も規範に照らして、この規範との関わりで位置付けることができるはずである³¹⁾」。したがって、それまで狂気とは見做されなかった様々な行動を、狂気

30) 実際には、真実に対する違反としての妄想から、規範に対する違反としての情念や行動の乱れへの、狂気の判定基準のずれは、既にエスキロールに見出される、「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限り、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」(De la Folie, 1816, cité dans Le pouvoir psychiatrique, D.E., t. II, n. 143, p. 678)。したがって、狂気を《規則的で規範的な行動》に対するずれと見做す知覚は、19世紀の初頭から既に存在していた。

31) L.A., pp. 147-148.

の症状と見做すことができるようになる。様々な行動に、狂気存在を疑うことができるようになる。精神医学は、人間のあらゆる行動について、それが病理的かどうかを問い質す権利を獲得する。「人間の行動には、何らかの形で精神医学的に問い質され得ないものは何もうなくなる³²⁾」

第二に、狂気に関するこの新しい考え方の結果、精神医学は、医学としての新たなステイタスを手に入れる。実際、狂気を精神の病と見做す考え方は非常に古いもので、古代ギリシャのヒポクラテスに既に見られる。だが、それにもかかわらず、狂人を、精神を病んでいる病人と見做して、治療しようという考えは、全くなかったわけではないが、それほど広く実行されていたわけではなかった。そのような考え方がある程度一般化したのは、かなり後になってからのことで、しかもその場合でも、狂気の治療は今日考えられているようなものとはかなり違っていた。18世紀には、医師は狂人に転地療養を勧めていた、田舎に行って自然の中で暮らすこと、あるいは旅行に出て気分を変えること、ともかく都市の人為的な環境から離れることが、狂気の治療として勧められた。この場合にはもちろん、治療と言っても医者も薬も必要ではない。また、妄想の演劇的実現と呼べる治療があった、つまり治療環境が患者を相手に一芝居打って、患者の「誤っている判断に真実の価値を与え、逆に現実の方を狂人の判断に、誤っている判断に合致するように変形する」、こうして「妄想の誤った判断が現実内に現実的内容を持つようになると、錯誤は錯誤であることをやめるので、一気にそれは真実の判断になり、狂気は狂気であることをやめる³³⁾」のである。精神病院のようなものが、つ

32) *Ibid.*, p. 148.

33) *P.P.*, p. 130. その具体的な例として、ここでは19世紀初頭のメイゾン・コックスのある患者の治療例を挙げると、ある患者(40歳の男性)が、「ありとあらゆる種類の病気に冒されている」と思い込むに至ったが、中でも主要な病気は「当時《反射性疥癬》と呼ばれているものだった」。いかなる理性的説得もこの妄想を縮減しないので、患者は医師たちの重々しい診察を受けさせられ、まさしく当の疥癬に冒されていると診断されて、発赤剤を処方される。その結果彼の体中にたくさんの吹き出物が出る。医師たちはそれを洗浄し、《疥癬》がそれ以上出ないように治療するふりをする。その結果、「病人は完全に快癒した、そして理性と健康と共に、精神のあらゆる能力も取り戻した」(voir *P.P.*, p. 129)。類似の例は『狂気の歴史』にも挙げられている(voir *H.F.*, pp. 350-354、邦訳350-354ページ)。

まり、狂人を病人と見做し、隔離して、医師の手で治療するための施設が誕生するのは、漸く18世紀の末から19世紀の始めにかけて（ビネルの時代）のことだったが、そこでもまだこの治療法は採用されていた。ところで、この精神病院に、精神医学という、精神の病を専門に治療する医学であると自称するものが生まれるのだが、この生まれたての精神医学（エスキロールの精神医学）は、身体の医学と並んで自分もまた医学であることを証明するために、もっぱら身体の医学の語り方を真似ていた。つまり、身体の医学が疾患を症状や原因によって分類するように、精神医学も精神疾患を症状に従って分類し、病気の形成過程を説明しようとしたのである。先程挙げた《モノマニー》のような概念は、こうした症状の分類の試みから生まれてきたものである。ところが、狂気を、意志と欲求や衝動との力関係の乱れ、意志に対する非意図的な行動の優越、と定義する時、次の問題は、このような不調が生ずる原因ということになる。ここで精神医学が利用したのが、医学の中でも新しい分野である神経病理学だった。神経の医学と手を結ぶことによって、精神医学は、意志と非意図的な行為の力関係の乱れを、意志による行動のコントロールの失敗を、身体のある器官や機能のトラブルによって説明しようとすることになる。「精神疾患の本質的身体化³⁴⁾」である。狂気とは、身体器官の機能不全の外的な現れだ、ということになる。

この二つの結果は、精神医学にとって、非常に大きな意味を持っている。周知のように、フランス語の《精神異常：aliénation》には、《疎外》というもう一つの意味がある。精神異常が疎外であるのは、主体が、真実から妄想や幻覚や誤った思い込みへと疎外されている状態だからに他ならない。これが、繰り返せば、古典主義時代の狂気の定義だった。そこでは、狂気は精神^{アリエナシヨ}の異常＝疎外に書き込まれていた。しかし、狂気の定義が意志による行動のコントロールの失敗であり、その原因は身体器官の機能不全にあるというのであれば、その時には狂気はもはや、疎外としての精神^{アリエナシヨ}異常ではない、別な異常である。以後、精神医学には、狂気の二つの判定原理が導入される。まず、「行動規則として、非形式的な法として、適合原理として理解される規範^{ノルム}。この規範に対立するのは、不規則性・無秩

34) L.A., p. 150.

序・奇妙さ・エキセントリックさ・平均を外れること・隔たりである³⁵⁾。」したがって、行動の規範に適合しないので病理的な行動としての狂気は、没規範的なものという意味で《異常》なものになる。第二に、「機能的規則性としての、適応し調整された働きの原理としての常態。この《常態的なもの》に対立することになるのは、病理的なもの・病的なもの・調子の狂ったもの・機能不全である³⁶⁾。」機能不全としての狂気は、身体の生理的・神経学的メカニズムが正常に作動していない、という意味で、やはり《異常》である。今や、狂気は《異常性》に書き込まれている。精神医学は、この二重の意味での《異常性》を、要するに異常者・異常な行動を、取り扱う知になる。そのことを、具体的な社会的事例を通して、確認してみたい。

3 1838年法——精神医学の知と権力³⁷⁾

話を少し前に戻すと、コルニエ事件のようなケースは、刑法システムが法律外的なものとしての精神医学的知の助けを借りないことには裁くことができなかったという意味で、刑法システムを精神医学へと逸脱させるきっかけになったものだった。精神医学の立場から言えば、このような事件をきっかけにして、精神医学は司法の中で権力を行使する可能性を得たことになる。精神医学にとって、同じような意味を持ったもう一つの出来事が、1838年（6月30日）法と呼ばれる、精神病者の入院に関する法律の制定だった。この法律によって精神医学は、今度は司法ではなく行政に食い込んで、その知と権力を働かせる道を開く。この1838年法には幾つかの注意すべき特徴がある。

第一に、この法律では、狂人が収容される施設を、治療のための専門の病院と規定している——「第1条。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ばねばならない」。言い換えれば、各県の狂人はすべて、そ

35) *Ibid.*

36) *Ibid.*

37) 2月12日の講義は、1838年法にも言及している。以下の記述は、特に断らない限り、それに準じている。Cf. *L.A.*, pp. 129-136.

の県の公立精神病院か、または（それが無い場合）その県が契約している県内の私立の、あるいは他県の公立もしくは私立の精神病院にのみ、収容される。混合施設も許容されているが、狂人用の厳密に隔離された区画があることが前提条件である——「第4条。[…] 他の疾患のための私立の施設は、精神異常に冒された者が完全に切り離された区画に置かれるのでない限り、彼等を受け入れることはできない」。註釈者はこの公立施設の性格を以下のように明示している——「彼ら専用の施設は新たな様相の下に現れる。それは、もはや監獄ではなく、真の施療院である。[…] 目的は治療であり、すべてはそれに達するために作動しなければならない³⁸⁾」。ここで重要なのは、《治療のために》、《専用の施設に》、という点である。この法律はこの規定によって、狂気を精神疾患と見做し、また同時に、精神医学を精神疾患の治療を専門とする医学の正当な一部門と認めたことになる。これは、自分もまた医学であることを主張してきた精神医学が、望んでやまなかった地位であった。精神医学は、晴れて、医学としてのステイタスを獲得したことになる。

第二に、この法律は、県当局に狂人の強制収容の権利を与えている。狂人の強制収容が行われる場合、収容施設は、送り込まれた患者の状態に関する医学的報告を定期的に作成しなければならなかった——「第20条。施設の長、所長あるいは責任ある係員は、各三半期の最初の月に、知事に対し、施設に拘留されている各人物の状態、その病気の性質と治療の結果に関して施設の医師がしたための報告を提出しなければならない³⁹⁾」。しかし、この報告は県の決定に影響は与えるだろうが、必ずしもそれを拘束しない。言い換えれば、医学的報告が送り込まれた患者について、仮に、狂気ではないと診断しても、それで収容が撤回されるわけではない。収容を停止させることができるのは、行政だけである——「第20条[続き]。知事は[医師の報告を受けて] 各人に関して個別的に判断を下し、彼が

38) *Recueil général des lois et ordonnances depuis le 7 août 1830* (以下 *R.G.L.O.* と省略する), tome huitième, p. 172.

39) フーコーは、強制収容の手続きには、「知事の決定に先立つ医師の証明書が伴っている」としているが (*LA*, p. 130)、以下に挙げるように、強制収容の場合には、入所時に必ずしも医師の証明書は必要とされていなかった。医学的介入はむしろ収容後に要請されている。

施設に留め置かれるか出所するかを命令する」、「第23条。20条が命じている各報告の間に経過する中間期に、医師が「…」出所を命じてもいいことを申し立てる時、「…」知事は遅滞なく決定を下す」。1838年7月23日付内務大臣回状は、この点について各県知事にはっきり念を押している——「知事の命令で、18条によって強制的に入所した者は、20条と25条に従って、これら行政官の許可に基づかなければ、出所できません」。

なぜなら、第三の特徴であるが、強制入院を決定される患者は、すべての狂人ではなく、危険な狂人、公共の秩序と安全を脅かす恐れのある狂人に限られていたからである——「第18条。パリでは警視総監、県では知事が、精神異常の状態ゆえに公共の秩序や人々の安全を危険にさらすかもしれないいかなる人物も「…」精神病者用施設に入所するよう公式に命令する。／第19条。医師の証明書によってあるいは周知の事実によって証明される危険が切迫している場合、パリでは警視庁あるいは他の市町村ではその長が、精神異常に冒されている人々に対してあらゆる必要な一時的措置を取り、24時間以内に知事に報告し、知事は遅滞なく決定を下す」。つまり、精神病院の医師が送り込まれた人物を狂気ではないと診断しても、収容が続けられなければならないとしたら、それは、その人物が社会秩序にとって危険だからである。

この二番目と三番目の特徴は、行政への精神医学の組み込みがどのような形で行われているかを示している。行政が精神医学に求めているのは、社会を危険から守ることなのである。実際、フランスの法制度には大きな不備があると考えられていた。刑法64条の適用を受けて無罪になった個人が、再び同じような行動に出ないという保証はどこにもないのだが、この個人に適切に適用できる法的規定は存在していないからである。意志的自由がない時には犯罪は存在しない、したがってこの個人を処罰することは適当ではない。だが、それでもやはり彼がこれから犯すかもしれない危険な行動から社会を護る必要はある。したがって、医学的に責任を免除された者からその自由を剥奪する制度は必要だし、さらにもっと望ましいのは、そのような個人の行動が法的機構を始動させる以前に介入できることである。行政が精神医学を動員して行う危険な狂人の強制入院は、この二重の要請に答えるものである。「強制入院は、刑法による監禁と同じように効果的

で強制的な、迅速な監禁の可能性を巧みに作り出した。しかし、強制入院には、犯罪が犯される前に「…」介入できるという補足的利点があった。医師の鑑定は「…」潜在的に危険な状態を検出できる⁴⁰⁾」からである。この保安的性格は、フランスでは今日まで一貫して自覚されている。1838年法の註釈者は、この法律の目的をこう定義している、——「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⁴¹⁾」[強調筆者]。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IV篇——精神疾患に対する戦い』[L326~355条]も、その第1章第1条(L326条)で次のような自己定義を掲げている——「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]。この法律が謳っている《予防》とは、第一義的には精神疾患の予防（初期段階での医学的介入）であるが、言うまでもなくそこには精神疾患が生み出す危険の予防（社会を精神疾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）が含まれている。この意味で、強制入院措置は、たとえば伝染病対策や飲料水の水質管理等と同じ公衆衛生上の機能を果たしている。したがって、この1838年法によって、精神医学は、狂気の危険から社会を護る公衆衛生の科学的専門技術、というお墨付きを貰ったことになる。行政は精神医学に狂気を治療することを求めているが、それは、狂気が、疾患だから、しかしとりわけ、社会にとって、公共の秩序と安全にとって、危険な疾患だからである。したがってこの場合、治癒するというのは、一つの明白な意味しか持ちえない、つまり、もはや危険ではないという意味だ。したがって、先の司法との関係と同様に、と言うかそれ以上に、行政とのこの新たな関係で、精神医学の対象領域は拡大する。というのも、《危険》が問題である以上、この法律で行政が精神医学に求めているのは、ある人物について、目に見える狂気の徴候を診断することだけではなくて、さらにその人物の危険性とその度合いを予測することだからである。したがって、狂気の可視的徴候から隠れた《本能》に、狂人が考えていることからするかもしれないことに、狂人の意図的な行為から非意図的な欲求や衝動に、だ

40) カステル、前掲論文、268ページ。

41) R.G.L.O., op. cit., p. 171.

から、現にあるものから可能的なものに、精神医学の眼差しはシフトせざるをえない。これが、精神医学が正式に医学としてのステイタスを認めてもらった代わりに、支払わねばならなかった代償である。

ところで、この法律には第四の特徴がある。1838年法は、同意入院も認めていたからである。だが、この場合もちろん同意するのは家族である。家族が一家の一人を狂人と見做して入院させる、それが《同意》の意味である。したがって、入院させられる側からすれば、これもまた強制入院に他ならない。単に、入院を強制する主体が、行政ではなく家族だと言うだけのことだ。ところで、家族が入院を求める場合には、医師による証明書が絶対的に必要だった——「第8条。精神病患者用公立施設の長もしくは責任ある係員と私立施設の所長は、以下のものが彼らに手渡されるのでなければ、精神異常に冒された個人を受け入れることはできない。[…] 2.入所すべき個人の精神状態を確証し、その病気の特異性と、指示された人物を精神病患者用施設で治療させそこに収容する必要性とを指示する、医師の証明書」。また、施設の医師は、同意入院させられた個人に関して、まず二週間後、入院の必要性を確認する証明書を作成し（「第11条。公立もしくは私立の施設に当該人物が入所してから二週間後に […] 施設の医師の新たな証明書が知事に送付される。この証明書は、心神喪失の発作もしくは行為の多少とも頻繁な回帰を示して、最初の証明書に含まれている観察を確認もしくはその余地があれば訂正する」）、以後は少なくとも毎月、施設に備え付けの記録簿に患者に関する所見を記入しなければならない（「第12条。[…] 医師は少なくとも毎月、記録簿に、各患者に起こった変化を記録しなければならない」）。この記録簿上で、医師が治癒を言明すれば、ただちに患者は退院できることになっていた（「第13条。精神病患者用施設に入所した者は誰でも、上の条項が述べる記録簿上で施設の医師が治癒が得られたことを言明したら、ただちにそこに留め置かれることをやめる⁴²⁾」）。ところで、1838年法以前には、つまり家族による同意入院が法的に認

42) 1838年7月23日付内務大臣回状は、この点を強調している——「知事殿、見逃してはならないのは、医師のこの言明は絶対的だということです、施設の長は、拘禁されている人物を自由にするのに他の許可を要しません、また施設の長は、いかなる口実の下でも、その個人的責任を危険にさらすことなく、この人物を監禁し続けることはできません。」

可される以前には、家族が狂人と見做す者はどのように処置されていたのかと言うと、そこには二つの方法があった。一つは比較的簡便な方法で、国王封印状を使った純然たる収監であり、もう一つは、かなり複雑な法手続きを要するもので、禁治産である。この内、国王封印状による収監は革命によって完全に廃止される。したがって、厄介な手続きを踏まなければならない禁治産による以外には、家族の中の狂人を処置する手段がないという状況は、問題を指定する。1838年法はその解決でもあった。その間の事情を、フーコーはあるターブル・ロンドで、かなり皮肉な口調で次のように説明している。

フランス革命は、政治的な、また特に法的・司法的理由から（行政権に委ねないために）、コントロールできる手続きなしに人々を幽閉する権利を廃止して、監禁施設を開放した。そこで一連の問題が指定されて、フランス革命を通じて議論された。この連中をどうしたらいいか。もう監禁の場がなく、一家の父にはもう子供や妻を幽閉させる権利がなく、（統計的にはほぼ拮抗してるんだが）妻にはもはや夫を幽閉する権利がない今、どうするのか。と言うのも、それでも、近親の中で自分の邪魔になる者を幽閉させる各人の権利という、よき社会的働きにとって根本的で必要なこの権利を、人々から剥奪することはできないからだよ。[…] 以前は、警察署に告発の手紙が出されると、警察は反対調査をして、ウイカノンかの返事をした、幽閉するかしないかだ。[…] 私も長い間、国王封印状は王自身の手中有る留保された制度で、王の直接の敵しか狙えないと思ってきた…だがアルスナルの古文書を引っくり返してみて確認したんだが、まったく民衆的な実践だったんだ。国王封印状はいささかも王が利用し高位貴族が専有するものじゃなかったんだ。[…] この国王封印状は絶対に一般的な実践で、誰でも請願すれば、もちろん大臣にじゃなくて地域の警察にだが、それを使って逮捕させて、幽閉できる… […] 街角の公証人が書いたこの書簡の断片が見つかった。亭主や息子や伯父や義父等々を厄介払いしたがって、公証人に愚痴を口述する靴直しや魚屋のかみさんの請願によるものだ。驚くべき記録だよ。公証人は客に、これこれの義務的な決り文句を使わなきゃならないと説明する。そこでこんな風に始まるわけだ、《閣下、忝く

も御足下にひれ伏して…」、そこで、請願から、請願の《正当化》に移ると、訴える者の語彙には、権利要求や憎悪や地団太や叫びが入り混じる。ルイ14世政府のあの荘重な言葉遣いの真中に、こんなものが飛び出してくる、《最低の売女めにございます…》。実際には、告発と幽閉の道具は、人々の、社会の最《下層》の階級の手に置かれたんだ、それは一世紀使われた結果、本物の権利を構成してしまったから、人々は革命の間、それを奪われたと感じた。だから、革命の期間全体を通じて、絶えずこの問題が指定される。家族が自分らの邪魔になる人々を合法的に幽閉できるように、方法を見つけなきゃいけないことになる…そこから家族裁判が創設される、これは19世紀に存在して、一時期機能した。そして、1838年法だ […] ⁴³⁾。

だが、1838年法の同意入院の制度が国王封印状と根本的に異なる点は、医師の証明書が入所の絶対的必要条件である、ということにある。同様に、入院を継続するためにも、医師の確認が必要である。医師が治癒を宣言すれば、たとえそれが家族にとって不都合であるとしても、患者は退院できるからだ。したがって、家族はもはや法（禁治産）や行政（国王封印状）にではなく、精神医学の知と権力に直接結び付けられている。今後は、家族に対する狂人の危険の度合いを、精神医学によって、判断してもらわなければならない。こうして精神医学は、司法や行政に食い込んだのと同様に、家族にも食い込んで行く。家族の中の誰かが邪魔にされ、厄介払いされねばならないようなトラブルを、その当人を入院させるにせよ退院させるにせよ、解決するのは精神医学である。そしてここでも答えは、現にあるものではなく、可能的なもの、起こるかもしれないものについてなされねばならない。

なぜなら、注意しなければならないのだが、1838年法が規定しているこの危険、社会にとって、公共の秩序と安全にとって、あるいは家族にとっての、この危険とは何か、家族によって、あるいは行政によって、強制的に入院させられるこの狂人たちは危険である、ということはどういうことなのか。彼らは、既に家族の

43) 《Enfermement, psychiatrie, prison》, *D.E., op. cit.*, n. 209, t. III, p..

誰かに危害を加えたのか、秩序を破壊するようなことを何かしでかしたのか。ある場合にはそうだが、全員がそうだというわけではない。また、危険な行動が既に犯されたのだとしても、彼等が同じことを繰り返さないと断言できないのと同様に、必ず同じことを繰り返すとも断言はできない。それでも彼等は入院させられる。そして、彼らが入院させられるのは、彼らが既に犯した行為のためではなく、これから犯すかもしれない行為のためである。したがって、いずれの場合にも彼らの存在が体现している危険は、可能性の、蓋然性の領域にある。そして、この蓋然性を支えているのは、彼らの行動が、家族や地域、あるいは学校や職場、さらには社会全般が認めている規律に、時には甚だしく違反しているという事実である。だから彼等は危険なのだ。したがってここでも、精神医学が対象にしなければならぬのは、^{アリエナシヨ}精神異常ではなく、^{アノマリー}没規範的な行動としての異常であることが分かる。精神医学が行政や家族から求められている機能もまた、没規範的な行動としての異常を、病理として捉え、矯正することなのである。

精神医学が、異常な行動を、異常な行動をする人間を、対象領域にするということには、無視できない重大な二つの結果が含まれている。第一に、これ以降犯罪と狂気は《危険》という要素によって結び付けられ、互いに可逆的な関係に置かれることになるからである。刑法64条は、犯罪と狂気の間に、明確に乗り越え不能な一線を画するものだった。行為の主体が犯罪者であるなら、彼を引き受けるのは司法だった。彼を待っているのは処罰、つまり監獄と場合によったらギロチンだった。逆に、主体が狂人であるなら、彼は医学によってしか引き受けられない、精神病院と医療だけが彼を受け入れることができた。犯罪者と狂人は、互いに還元不能な関係に置かれていた。したがって、コルニエ事件の重要性が分かる。コルニエ事件のようなケースは、犯罪の背後に、狂気の行動が、異常な行動が存在する可能性を示唆したからである。《だから狂気は危険なのだ、だがその危険な狂気は目に見えない、そして、それを認知できるのは、我々を措いて他にはない》、《モノマニー》という奇妙な概念を通して精神医学が主張したのは、そういうことである。こうして密かに、犯罪と狂気は通底させられた。逆に、1838年法は、精神医学のこの主張を全面的に認めるところから出発している、狂気が犯罪の可能性を潜在させていることを自明の前提にしている。そして、狂気が潜

在させているこの危険を見抜く精神医学の特権的能力を公認した上で、それを行政の管理下に置いたのである。精神医学は行政権力の一貫として位置付けられた。強制入院における医師の権限の相対的な制限は、これを意味している。したがって、犯罪の陰には狂気がある、そして逆に、狂気の陰には犯罪がある、これは今や自明の事柄であり、精神医学はそれを専門的に扱う知一権力になった。犯罪と狂気とが深いところで繋がりあっている領域は、精神医学が異常な行動を自己の対象領域とした時、新たに創出されたものだが、今やそれは公式に認可された、そしてその領域は、「精神病院内の人口と共外延的に⁴⁴⁾」になっている。マルクは、《本能》という言葉を持ち出すことで、アンリエット・コルニエをギロチンから救ったかもしれないが、精神医学の目的は、犯罪を犯した狂人を無罪にし、野放しにすることにあつたわけではまったくない。むしろ、異常な行動という精神医学の新たな対象領域を創出することによって、狂人を、というより逸脱した行動のために狂人と見做される人々を創出し、さらには彼等を、潜在的な犯罪者・危険な個人と認定することを通じて、司法と行政の抑止的権力に食い込むことにある。

第二に、この新たな対象領域の成立は、精神医学と司法、精神医学と行政、精神医学と家族を結びつけて、その結び目に精神医学者という絶大な権力を持った人物を登場させる。絶大な権力と言うのは、司法においては、犯罪と狂気の区別を行って、ある行為が犯罪なのか、狂気のなせる業なのかを、判別し、また行政において、家庭においては、どんな狂気にも隠れているかもしれない危険を判定することができる唯一の人物は、今や、精神医学者を措いて他にはいないからである。以後、司法も行政も家族も、彼の言葉を無視することはできない。司法・行政・家族へのこの食い込みの結果、精神医学は、上は国家から下は家族まで、人間の行動をコントロールするあらゆる社会的装置に組み込まれ、したがって、コルニエ事件のような巨大な犯罪から、些細な家族内のトラブルまで、あらゆる異常な行動に対して発言し、判定し、決定する権力を認められる。したがって、精神医学は、今や、この権力を十全に行使できるだけの知を、つまり概念・理

44) *L.A.*, p. 132.

論・分析方法を獲得しなければならない。それが、19世紀中葉の精神医学の課題となる。

(以下次号)