

精神医学研究

[桃井富範](#)

0. 始めに

今回の研究の目的は、精神医学という学問を研究し、問うという点に存在する。フロイトが体系づけた精神医学という学問は創設当時は先進的、かつ革新的でユートピアを実現できるような夢の学問だっただろう。だが、「権力はすべからず腐敗する」という箴言の例に漏れず、学問から権力構造へと変化を遂げ、行政機関と密接に結びついて悲劇を生み出してきた。

その原因の一因として、医学の一つ=つまりは聖職だという免罪符によって、絶対的地位を確保してしまった故に起こってしまった悲劇だという推測が出来る。

それゆえに、今回私は文学者としての立場から精神医学を研究することによって、精神医学を自らの収入源とする医者達よりはより客観的なスタンスを維持し続け、尚且つ幾つかの（論文全体の10%にも満たないだろうが、）新たなる知見を公表できると判断したために論文を執筆する。

新たなる知見の内容は、主に先行文献の記載に関する文学研究者としてのコメント、ロシアにおける精神医学史（日本では殆ど研究されていない）の研究、社会学的視野から照射した精神医学分析研究、[進化ゲーム理論 \(ENGLISH VERSION\)](#) から照射した精神医学分析研究（優生保護法等と関連する）、ロシア文学を中心とした文学に関する狂気の描写の知見、ロシア文化論を起点としたロシアの精神性の背景の研究等である。

1. 精神医学概観

最初に精神医学そのものを概観する必要がある。飽くまで治癒者としての立場からの精神医学というのが難点だが、こちらについて概観する必要は間違いなく存在する。既存の医学書を私なりに概観し、文学者としての考察を述べよう。

1-1. 精神医学概観

1-1-1. 精神病を表す言葉の起源¹

精神の病はどのような言葉をもって指し示されていたのだろうか。それを知ると、精神病とはどんなものを指し示していたか、人間は精神の病を元来、どう認識していたかを間接的に知ることが可能となる。

旧石器時代

最初にヨーロッパ言語における精神病を指し示す言葉だが、ヨーロッパの言語はイン

¹小俣和一郎、『精神医学の歴史』、第三文明社、2005年、P14～27、以下小俣和一郎、『精神医学の歴史』と省略。

ド・ヨーロッパ語族に属し、同じ言語から枝分かれしたとされている。ヨーロッパで最古の文字言語の1つ古代ギリシア語（紀元前1800年以降）には、狂気一般を意味した「マニアー」という言葉が存在した。この言葉は現在でも英語の「マニア」やドイツ語の「マニー」となって残り、現代の日本語でも収集家を指してマニアと呼んだり、「マニアック」などの言葉で「何かに執着し没頭する人」を形容したりする。しかし、この言葉の起源は、プラトンによれば「預言者（マニケー、マンティケー）」である。プラトンはその著書『パイドロス』の中で、「マニアーの語源は、もともとは預言者を意味するマニアーであったが、昔人はこれに耳障りなTの音を挿入し、[マンティケーとして]この味わいのある言葉をぶち壊してしまった」と記している。

預言者とは、神の言葉を聴き、それを人に伝達する職業で、古来、宗教者にその役割が負わされてきた。その淵源を辿ると、旧石器時代のシャーマンに行き着く。

シャーマンとはツングース語で、呪術(シャーマニズム)を行う司祭者のことをいう。その元来の姿を今日のわれわれは想像しにくい、いくつかの史料から復元すれば、おおむね、次のようなものであったと考えられる。

シャーマンはシベリア、中央アジアなどの狩猟採集社会に登場し、食料の基本であった動物の供犠に携わっていた。すなわち、狩猟を生業とする人々にとって、いったん殺して食用とした動物たちが再び地上に姿を現し、獲物となってくれるのかどうかは、生きるうえでも一大関心事であった。動物がこの地上に姿を見せるのは、一度殺しても次々に生まれ変わって出てくる、という神秘的な考え方に基づいていた。そのため、食用にした動物たちの骨を集めて、彼らが再び蘇るかどうかを占うのである。そのとき、動物の毛皮を身につけた占者が、支社となった動物たちのいる死の世界へ潜入し、そこで彼らの状態を確認し、再び生の世界へと戻って報告する、というのが、シャーマンのしごとであった。それゆえ、シャーマンは供犠に際して、動物の骨を装飾品として身につけ、呪文を唱え、骨の前で踊りながら、よろめき倒れ、いったん仮死状態に陥り、再び目覚めて預言を始める。もちろん、それは単なる演技ではなく、何らかの薬草を用いた意識状態の変化による。シベリアや中央アジアに自生するベニテングダケなどの毒キノコがそれであったと考えられている。シャーマンは毒キノコの絞り汁などによって独特の意識変容を遂げた末に、はじめて仮死状態となるのである。

ちなみに、シャーマンの動物供犠に際して、3つの外的変化がはっきりと示されている。シャーマンは薬物を摂取した後に呪文を唱えたり踊ったりするなどの運動によって薬物の作用を早める。次いで、よろめき倒れる、痙攣するなどの症状が現れ、意識障害に陥る。最後に、薬物の作用が消失することで再び意識を取り戻して、あたかも市の国から蘇ったが如く予言を行う。

この3相変化の様態は、今日の精神医学におけるヒステリー性または癲癇性の発作における変化と酷似している。意識喪失の発作を伴うが、その前段階にアウラと呼ばれる前兆現象が先駆し、ついで運動症状や発作が現れ、そこから回復して目覚めるのである。ちな

みに現在では憑依という現象も精神病理現象の一つと解釈されている。

このようにして、シャーマンの様態と、意識変容、痙攣、昏迷、憑依などの神経症状との間には密接な関連が存在する。それゆえに、精神病を表す言葉の語源に、「預言者」などの宗教的意味を持った言葉が存在するのである。

ちなみに、サンスクリット語で狂人を意味する「パガラ (P a g g a l a)」という言葉の語源は、きのこに関する語源「ポン (P o n)」である。

日本語の狂気を表現する「狂」という単語も、動物の形象文字であるケモノヘンに呪器の形象である「王」に由来する。それゆえに、この由来もまた、先に述べたシャーマンの動物供犠に何らかの関連を持つと考えられる。

新石器時代

旧石器時代が終焉し、新石器時代へ突入すると、地球上の各地に農耕社会が登場する。動物供犠は農作物の豊穰を祈願する政へと変化し、農耕社会の出現は村落や都市の形成を促し、やがては古代国家の出現を招く。その際、シャーマンが国家の始祖になるケースも少なくなかった。

ところで、こうした農耕社会と古代国家の出現は、当然、他の民族や部族との戦争行為を伴っていた。その際、王は「怒りを発して」兵を起し、戦争を指導する役割を担った。この「怒り」という言葉もまた、精神病を表す言葉と関係が深い。

英語で狂気を表す「マッド (m a d)」という言葉の語源は西ゴート語の「モッド (m o d)」であり、マッド (マッドネス) やムード (m o o d) と同じく、「怒り」を意味する。

古代ローマ帝国の公用語だったラテン語でも、「怒りの女神フーリア Furia」から「不規則 (Furor) = 怒り狂う、狂気になる」という言葉が派生した。また、古代ゲルマンの神「トール (T o r)」は半身半獣神だったが、これは現代ドイツ語の動詞「T o l l e n」の語源である。

精神病を表す古い言葉の分析によって、そこに意識の障害や感情の激しい変化 (怒り) などの意味が込められていたこと見出す。それが、人類が精神病を指して最初に見出した言葉であり、人間が精神の病とは何かを形容するために用いた言語だったと考えられる。それゆえ、地球上の他の言語であっても、精神病を表す言語には、同様の語源的な意味が存在する。

1-1-2. 宗教と医学

古代社会が成立して交易が盛んになり、神秘的な価値観よりも現世利益のよう形而下的価値が優先されるようになると、それまでの宗教が持っていた力は後退する。これを宗教の世俗化 (または脱宗教化) という。宗教の世俗化に伴って登場するのが医学である。逆にいえば、医学が成立するためには、その背後に宗教の存在が必要となる。

医学は元来が宗教の領域に属する行為だった。医術は神聖なもの、神の御業とされ、一般人に理解不能な神秘的行為とされていた。医術者も神官や僧侶だった。

病気も、神の祟り、悪霊の仕業とされ、その治療も宗教的手法（巫術）に拠っていた。

しかし宗教が交代すると、より合理的な手法で病気を治療しようとする試みが生まれた。それが古代医学であり、その登場時期は洋の東西を問わず、概ね紀元前5世紀頃である。²

私個人の見解を述べると、精神医学も含め、医学の根源が宗教、巫術であるにもかかわらず、現代人がシャーマンの行為を行ったとしたら、例外を除いて文句なしに精神の病を宣告されるだろう。医学は宗教を起点としているにも関わらず、科学性、合理性を追求した医学は宗教的行為を精神異常とみなすようになった。これはなんという皮肉であろう。

1-1-3. 古代精神医学概観（ゲーム理論分析）

社会的分化が進んでいない地域では、精神病という概念そのものが存在しない。その際好んで用いられるのが、悪霊が憑依したとの類だ³。精神疾患は超自然的な原因に帰せられている⁴。これは、政治形態の進化そのものと歩調を合わせているといえる。神聖政治という政治形態は政治が通過するパターンの1つである。一方で独裁政治等では魔女狩り、民主政治では精神病というカテゴリーがなされたのだと推測できる。

こういった民族研究から判明するのは、精神的異常正常ということが、その時々社会の見解に左右されるという事実だ。さらに、あるコミュニティ内部において正常あるいは異常として見られるだけでなく、他コミュニティから異常、あるいは正常と見られるかというのもひとつの指標だという⁵。そういう点において、現在そういった精神異常、正常を判断し、更に治療、拘置する機関が精神医学というごく限られた分野しかないという点からも、精神医学という分野が権力を持ちうる可能性を感知できる。

マトリックスに表すと以下の通りになるだろう（桃井作成図）。

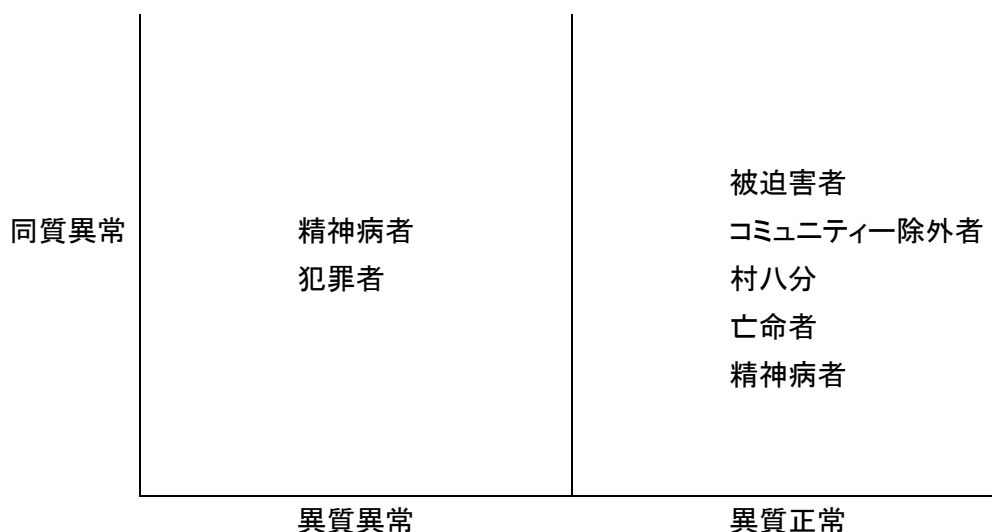
同質正常	まじない師 未開民族の医師 宗教家 未開人 迫害者	健常者
------	---------------------------------------	-----

²小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P35～37、

³E.H.アッカークネヒト、『精神医学小史』石川清、宇野昌人訳、医学書院、1976年、P1、以下『精神医学小史』と省略。

⁴イヴ・ペリシエ、三好暁光訳、『精神医学の歴史』、クセジュ文庫、1974年、P12、以下イヴ・ペリシエ、『精神医学の歴史』と省略。

⁵『精神医学小史』、P3、



民俗学的展望から明らかになるのは、精神疾患とは精神医学の誕生とともに生まれた概念ではあるが、治療の対象となる病的症状や状態はあらゆる社会の中で古代から見られるという事実だ。

1-1-4. ギリシア、ローマ時代の精神医学、

精神医学自体の歴史も、学問としての医学全般の歴史と同様、ギリシア時代に始まる。精神疾患の原因は古代国家では多くの場合超自然的説明が行われていたが、ギリシア人は徹底して自然的説明をおこなった。したがって彼らが学問的医学と精神医学との創始者となる。

その際、体液理論が強固なものになったのだが、それはヒポクラテスの書物によっている。4種の体液が、エンペドクレスの4元素ならびにその属性と対応することになった⁶。

元素	空気	土	水	火
属性	冷気	熱	湿気	乾燥
体液	粘液	血液	黒胆汁	黄胆汁
器官	脳	心臓	脾臓	肝臓
気質	リンパ質	血液質	黒胆汁質	胆汁質

ちなみに、不幸にして現在に残るギリシア・ローマの記録中、精神病に関するものはすくない。これは文献が失われたせいなのか、あるいはこの疾患への関心が希薄であったせいなのかは不明だが、ギリシア医学における偉大な2人、ヒポクラテス（前460-377）とガレン（130-201）は精神病には折に触れて、それもわずかしか語っていない。

ギリシア・ローマ時代の主な典拠は次の通りである。ローマの百科全書科ケルスス（30年頃）の著書「医学について」の中にメランコリーと躁狂の治療に関する章が存在する。カパドキアのアトレイス（150年頃）は、その「急性および慢性疾患」の中にメランコ

⁶ イヴ・ペリシエ、『精神医学の歴史』、P28、

リーと躁狂の本態ならびにフレニーティスとメランコリーとの治療に関する短い章を残している。

ギリシアの精神医学は、精神疾患領域における最初の臨床的観察と分類を行ったのである。それは決して自らの理論の奴隷となることなく、治療においては主として身体的であるが、時には精神的でもあり、たえず経験に即していた。ギリシアにおける精神医学の成果は、ギリシア医学の他の分野の成果とは較ぶべくもないが、その後の精神医学の業績を考えてみると、それはやはり注目に値する⁷。

ギリシア時代の精神医学の未発達の原因の1つとして考えられるのは、当時は精神に関する病に関して、医学治療よりも宗教的治療の方がポピュラーだったという点が挙げられる。⁸患者を回してもらえなければ医者では生活できない為、それまでの宗教的信仰に対しての帰順の意を表したのが「ヒポクラテスの誓い」なのである。

1-1-5. 中世の精神医学

中世の精神医学を述べるにあたり、中世という時代の特徴を述べておく必要が存在する。中世という時代は、洋の東西を問わず、ある程度共通した特徴を持つ。それは、一方で宗教の世俗化が進行し、宗教的権力が時代と共に衰えた反面、現在とは比較にならないほど宗教の影響力が大きかったという特徴である。

ヨーロッパにおいては、教皇の権力は衰退して商業都市を中心に都市の自治権が登場し、初期の商業資本の蓄積が起こった。さらに15世紀になると宗教改革が登場してローマカトリックに対してプロテスタントという新しい宗派が誕生する。

その一方で反動とも言える過度の進行や迷信も横行した。魔女狩りはその典型である。⁹

精神病院の起源

中世における医学上の最大の創造物は病院だった。大病院の設立に関しては4世紀以降知られているが、大病院の精神科部門についてはアラビアの大病院に置かれたというのが最初のものだ(バグダッド750年頃 カイロ 873年)。最初の精神病専門病院を建てたのもアラブ人だったようだ(ダマスカス800年、アレppo1270年、カラダン 1283年、カイロ1304年、フェズ 1500年)。¹⁰

ヨーロッパでは、ドイツのルターによる宗教改革を機に、解体されたカトリック(旧教)の修道院が精神病者を含む障害者の収容所として転用され、その一部がのち精神病院となる。それらの施設は1530年以降一括して「一般施療院」(Die hohen Landesspitäler)と呼ばれていた。ヨーロッパ最古の起源を持つと考えられる現存の精神病院、ロンドンの

7 『精神医学小史』、P19、

8 小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P40～47、

9 小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P56～57、

10 『精神医学小史』、P21～22、

ベスレム病院の起源も、商人が行商の安全を祈願する為に立てた性マリー修道院にある（1247年）。

以上のように、病院はもとより、精神病院の起源にも宗教的施設がある。しかし精神病院のもう一つの起源は、拘禁的施設である。

小規模な例は少なからず存在するのだが、その大規模な施設として挙げられるのはルイ14世治下の絶対王政期のパリである。それは「一般施療院」(Hospital general)と呼ばれた。

また、啓蒙君主と呼ばれたオーストリアのフランツ・ヨーゼフ2世が1784年にウィーンに設けた狂人塔(Narrenthurm)は円筒形の建物で、当時イギリスのジェレミー・ベンサムが考案したパノプティコン(一望監視施設)と呼ばれる刑務所建築になっていた。

中世において、精神疾患は宗教裁判官の問題となり、精神病者の観察が見られるのは医学書の中ではなく、魔女焚刑師や悪魔祓い師の書物の中だ。

中世西欧の秩序は、教会と宗教に基礎を置いていたために、この秩序を脅かすものはすべて異端とされた。病者はその苦しみを述べるのに、もっぱら宗教的な教養の中から言葉を選ぶ。そして病気は、悪魔かその手先からのみやってくる。13世紀以降行われた宗教裁判はここで峻烈をきわめ、しばしば非人間的なものとなった。

精神病院は宗教または拘禁施設から派生し、その起源も、おおむね10世紀以前には溯りえない。また、確かな資料的裏づけとなると、それは15世紀以降のこととなる。したがって精神病院という施設は、世界史的に見て、おおむね中世(とくにその後半)を通じて各地に現れてきたものと考えられる。¹¹

中世末期の精神医学と代表的医学者

精神病者に対する慈善的処遇と拘禁的処遇との2種類が存在し、それぞれの処遇方法に基づいて精神病院という施設が発展しているという点は非常に興味深い。当然ながら中世にも精神医学という専門領域は存在しなかった。

大学で教える医学も古代ガレヌス医学に準じた教壇医学のみであり、そこに独立した精神医学があるはずもなかった。

大学の医学部で教える学問は実践的な臨床医学というよりも単なる古典理論ばかりであり、学生が卒業しても実際に医療を行う技術を身につけることは出来なかった。

それゆえ大学卒業の医者メディクス、大学など出ていなくとも徒弟制度の下で実技を習得した医師をフィジクスと呼び区別した。ただし、地位が高かったのは前者のメディクスだった。彼らは貴族・宮廷・富豪などの侍医に迎えられ、アドバイザーとしての地位についていた。

1-1-6. ルネッサンスの精神医学

精神医学の退行は決して輝かしいルネッサンス、新時代の曙とともに終わったのではな

¹¹ 小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P63～70、

く、逆に、一般人の迷妄はその時まさに頂点に達したのである。ヤコブ・シュプレングァーの悪名高き著書、「魔女の槌」が出版されたのは1486年だ。同書によると、少なくとも心理的な偏り、あるいは風変わりを示すものはみな、それだけで魔女あるいは魔法使いだった。さらに単に精神疾患にとどまらず、すべての精神疾患も魔女の仕業だった。このとき以来、迷った魂を救う唯一の方法は、火によってその身体を焼き払うこととなった。同時代の医師たちも皆、慈悲を請いながらもこの鬼神論を認めている。

信仰が科学や理性を超えて作用していた時代の最悪の弊害の1つだったといえよう。

しかしながらルネッサンスにおいても、精神医学的に新しく名誉な歴史的事実も存在する。卓越した医学者たちは、きっぱりと、憑依者や魔女の多くは、悪魔その他超自然的な力とはなんの関係もなく、ごく普通の精神疾患なのであって、焚刑にしないで医師に委ねられるべきだと主張した。彼らの言動は、「最初の精神医学革命」という堂々たる称号に値する。

当時の先進的文献の1つとして、ヨハネス・ワイアーの1563年に出版した「悪魔の幻について」が挙げられるが、この著作の中で本質的なのは、彼が魔女や憑依者を明瞭に精神病患者とし、彼らは僧侶によってではなく、まず医師によって処置されるべきだと主張した点だ。

ちなみにルネッサンスは一方で精神病患者を魔女として過酷に迫害しながら、同時に精神病患者のための幾多の施設が建設されたことによっても知られている。

アラビアの手本がもっとも強く影響を及ぼしていたスペインにおいて建てられた。精神病患者の施設は1409年にバレンシア、1425年にサラゴッサ、1436年にセビラとバルアドリッド、1480年トレドに、それぞれ開かれている。

アメリカ大陸最初の精神病患者の施設はベルナルディーノ・アルヴァレスがメキシコに開いた施設だった。

スペインにおける特殊病院設立にひきつづき、16世紀にはローマ、パリ、アムステルダム、マルセーユ、アビニョン、ハンブルグ、リューベックその他にもこうした施設が誕生した。¹²

ルネッサンス時代の最も有名な医師はパラケルススである。彼は結論として、魔女を焚刑に処するより救済すべきであると主張している。このことは美しく、人間的ではあるが、精神医学的ではない。古代の意見の破壊者、公平な観察者、科学者としてのパラケルススは、たしかに現代医学と精神医学の成立を見守っていた。しかし、中世の神秘家として、あるいは矛盾に満ちた作家として、彼はしばしば反対勢力をも支持し、幾多の紛糾を巻き起こさざるを得なかった。

1-1-7. 17世紀の精神医学

16世紀における精神医学の一大躍進は、全体として次の世紀では直線的な経過をとら

¹² 『精神医学小史』、P 23～26、

ずそこで停滞する。確かに、魔女信仰は17世紀には、まだたくさんの犠牲を出してはいたが、下火となり、フランスでは1680年、初めて魔女の死刑が廃止されるにいたった。

フランスではこの時代、魔法に関する3つの大きな法廷が開かれた。裁判の主題は皆同じで、聖職者の男子が、魔法を使い遊蕩にふけたとって告発されている。しかし神学者から抵抗と批判が起こり、鑑定人として列席した医師たちもたびたび精神疾患の存在を確認して抗議したのでパリの議会は、1640年から起訴を禁じた。そして1670年以降、ルイ14世により、魔女裁判は禁止されることとなる。

絶対主義体制は、17世紀中葉、貧民をすべて拘禁することによって社会危機を取り除こうとした。その結果パリでは1657年5月「貧民拘禁令」が出され、拘禁された。拘禁されたものは、こじき、浮浪人であり、彼らは身障者、老人、孤児、売春婦、性病患者、同性愛、「不信心者」、既決囚、精神病患者等からなっていたが、精神病患者の数は多く、専用に別棟を建てねばならないほどだった。ミシェル・フーコーは、これを、経済的もしくは道徳的に社会の周辺で生きている人たちにたいする、却罰とも見まがわれる強制収用、強制入院の幅広い企てとして、輝かしくも教えに富んだ試論を展開している。乞食や浮浪者、狂人や放蕩者がこの集団へと無差別に集められたという点で彼の述べるところは正しい。精神病患者は、そこではほとんど相応の治療も受けなかった。

この時代以前には精神病患者を監獄に収容するようなことは、たまにしか行われなかったが、絶対主義体制の措置によって、これが一般的となった。当然のことながら、こうした施設では精神病患者にも鎖が使用され、医者診断は皆無に近かったのである。¹³

ルネサンス、中世期を通じると、中部ヨーロッパで独自の精神医学的な著作を後世に残す偉人が現れた。プラーター、ワイヤーである。

パラケルスス (1493-1541)

パラケルススは先に触れた古代ローマ帝国の学者ケルススに匹敵するというあだ名で、本名はフィリップス・フォン・ホーエンハイムという。スイスに生まれ、イタリアのフェラーラ大学で医学を修得したのちは、1524年まで各地を遍歴した。その後従軍し、1527年にはスイス・バーゼル市の市医となったが、1528年以後、再び遍歴をはじめ、1541年にザルツブルグで死んだ。

パラケルススには3冊の著作が存在し、いずれもてんかんの症状・原因・治療が述べられている。『諸疾患11講』では、十番目の疾患として、てんかんが記述され、雷・地震・嵐のような自然現象に対比されている。2番目の著書『理性を奪う病』はパラケルススの精神病論ともいえるのだが、その最初にてんかんの記載がある。3番目の著書『オーブス・パラミールム』(1530~31年)はてんかん論そのもので、その原因は天体の配置による体内の硫黄の燃焼によるとされる。パラケルススによれば、人間の体も自然界と同様に硫黄・水銀・塩の三元素からなり、その内の硫黄分が燃焼すると悪臭を発生し、それが脳質

¹³ イヴ・ペリシエ、『精神医学の歴史』、P70~85、『精神医学小史』、P34~40、

にのぼると意識が失われるという。治療にはアルカナと呼ばれる秘薬を使用するが、その成分は複雑な薬草や鉱物、動物の骨などの組み合わせからなっていた。

このようにパラケルススは精神病の代表的な一種として、てんかんに注目し、その原因を自然的な要因に帰したが、一方で「体内の硫黄の燃焼による臭気」という神秘的な機序を強調し、治療にも合理性のない「秘薬」という手法を推奨した。¹⁴構成の医学史家は、パラケルススが迷信の横行する中世にあっても、ヒポクラテスと同じく自然主義に基づいて医学を説いたと評価している。しかしパラケルススはその一方で、錬金術や占星術に傾倒しており、彼のてんかん論からもわかるように、なお中世的オカルト的な色彩を色濃く残していたことを忘れてはならない。

天体の配置という占星術的要因によって人間の精神に影響が現れるという考え方も、いかにも中世的である。それは当時の精神病者を指し示す言葉として「ルナティクス」が盛んに用いられていたことから分かる。すなわちルナ (Luna=月) の満ち欠けに影響されて精神病が生じると言う考え方が生まれ、この名称は19世紀まで使われていた。たとえば、19世紀になっても、イギリスの精神病院は「ルナティック・アサイラム」と呼ばれていた。また、古代ギリシア医学では黒胆汁の冷却や過剰によって生じるとされたメランコリーも、土星その他の天体の影響によると信じられた。このことは当時の画家あるブレヒト・デューラーが描いた『メレンコリア I』という有名な銅画版によく現れている。¹⁵

プラーター (1536-1614)

パラケルススよりも少しあとに登場するフェリックス・プラーターもスイス生まれだった。パラケルススが存命の1536年に、スイス・ヴァリス地方の首都ジッテンに生まれ、モンペリエーとパリーゼルにとどまった。性格的にも粗野で闘争的なパラケルススとは対照的で、洗練された都会人であり、人望も厚く、フランス国王アンリ四世の姉、バーデン、ブランデンブルク、ロートリンゲンなどの諸侯の顧問医を兼ねた。その反面、市内の狂人小屋に收容されていた精神病者の巣窟に自ら入り込んで精神病者の巣窟に自ら入り込んで精神病の分類を考案するほどの実践家でもあった。

プラーターの分類は、その主著『医学の実際』にあるが、精神病を大きく四種に分けている。

精神薄弱 (mentis imbecillitas)

せん妄および昏迷 (menteis consteratio)

メランコリー (mentis alienatio)

悪魔憑き (mentis defatigatio)

19世紀の精神医学者ハインロートやカールバウムは、プラーターこそが精神科質病分類学の祖であると称えたが、この分類を見れば明らかのように、当時の悪魔信仰やオカル

¹⁴ プラシーボ効果を狙った治療法と推測する。(桃井)

¹⁵ 小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P72～75、

ト的な考え方から完全に脱却しているとは言い難い。¹⁶

ワイヤー（1515－1588）

パラケルススやプラーターがなお宗教的な疾病感から完全に脱却していなかったのに対して、もう1人のヨハン・ワイヤーは悪魔憑きを否定した合理的な精神病観に立っていた。

ワイヤーは宗教改革の影響を強く受けたオランダに近い北部ベルギーのプラバントの出身で、自身も新教徒であった。中世も末期の当時は、古くからあるカトリック（旧教）の世界観に対して、より合理的なプロテスタント（新教）の世界観が真っ向から対立しており、旧教側も巻き返しを図るためにイエズス会などの修道会を作って内部改革に着手していた。しかし、ドミニコ会の僧主プレंगाーとクレーマーが『魔女の槌』（1486年）を著して、精神病者や性的異常者などを悪魔と成功した人物と決め付け火刑に処すべきと主張したように、その神秘的な世界観はさらに極端な方向へと傾斜してゆく傾向もあった。ちなみに、この著しく行こう、ヨーロッパ各地で悪名高い魔女狩りが横行するようになった。また、それに異を唱えるものは、やはり悪魔の手先として異端審問にかけられた。

このような風潮のなかで、悪魔や魔女とされた人間を精神病（病人）と認めて擁護することは、かなりの危険を伴ったであろう。ワイヤーにそれが可能であったのは、おそらく彼が新教徒の公爵ヴィルヘルム・フォン・クレーフェ・ベルクの侍医という立場にあったからであろう。ワイヤーはその保護の下で、悪魔信仰の強い当時の知識人の中であって医学的立場からそれに反対できたのである。彼の著書『悪魔の幻想について』（1563）は、ベルク侯に捧げられている。

ワイヤーはこの著書によって、魔女狩りの対象となっていた人々の多くが、悪魔憑きではなく精神病であること、それは神秘的原因によって起こるのではなく、身体的な疾患と同様に自然の原因によることを強調した。この点ではヒポクラテスやパラケルススと同じようにも見えるが、ワイヤーはパラケルススの粗暴で短気な言動を批判している。

アメリカの医学史家ジルボーグは、このワイヤーの登場を以って、「第一次精神医学革命」が起こったとしている。この時代はヨーロッパの世界観が宗教改革のみならず、大航海時代の到来という画期的な出来事によって大きく変わろうとしていた。そこに急強敵世界観を変えた一連の人物（コペルニクス、カルヴァン、ヴェサリウス、エラスムスら）が登場するが、おそらくワイヤーもその片隅に位置づけることができよう。¹⁷

1-1-8. 18世紀の精神医学

18世紀になってやっと精神医学は独立した学問となる。その際、啓蒙主義者の人間に対する大いなる博愛的関心と、人間を改善することの可能性に関する無限の楽天主義と信仰とが、18世紀精神医学の発展にとって大きな意義を持っている。

18世紀の精神医学の文献は、進歩的で好ましいものだったが、時代の傾向に相応して、

¹⁶小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P76～77、

¹⁷小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P78～80、

思弁、理論、分類などに偏りすぎ、具体的な個々の症例や研究に乏しかった。さらに精神疾患を1つの「体系」の中に無理やり押し込めようとする試みが非常にしばしば行われていたのだった。¹⁸

精神病者の鎖からの開放

1-1-9. フィリップ・ピネル (1745-1826)

狂人解放伝説

フランスのフィリップ・ピネルは1745年医師の家庭の末裔として、南フランスの寒村に生まれた。48歳の1793年に、ビセートルの精神病院が、1795年にはサルペトリエールの精神病院が彼に任せられたが、ピネルは大部分の患者の拘束を解き、鎖による管理を絶つように努めた。主著は1801年に出版された「精神病に関する医学的哲学的概説」である。¹⁹

ちなみに、患者の鎖を断ち切る行為はとてもリスクな筈である。それを可能にしたのは鎖を解いても危険性の少ない患者と危険な患者とを見分ける観察眼だった。そういう観察眼が存在しなければ、鎖からの開放という事態は起こりえなかったはずである。それが可能となったのである。

カントの分類に登場する「静かな狂気」、心理的治療の対象となる悟性の誤り、「騒々しい狂気」であっても自然な回復が見込める患者、そういったものが、そうでないものから区分されたところで、鎖の開放が徐々に起こり始めた。その時期が18世紀の末から19世紀のはじめだった。

だが、精神医学史にて絶賛されるピネルの『世界最初の開放劇』は事実とは言い難い。それはなぜならピネルがパリ市内の「一般施療院」において患者を鎖から解放した年は、歴史書によって実に様々（1791年から1798年迄）であるが、記念すべきその月日を示す資料は全く残っていない。この出来事を描いた有名な絵画の制作年は1876年である。

疑問の第二は、当然第一の疑問から導かれることだが、果たしてそれが背かいい最初の史上記念すべきものであったのかどうか、である。

ピネルによる開放が最も早い説である1791年だったとしても、すでに1786年のイタリア・フィレンツェにおけるキアルージはその手によってフィレンツェの古い癲狂院（聖ドロテア病院）で、一部の患者を鎖から解放していた。ほぼ同じころ、スイスのアブラハム・ヨリーもジュネーヴの癲狂院で同様の解放を行った。また、1794年に設立されたイギリスのヨーク・リトリートでは、当初から鎖による拘禁のない解放処遇が行われていた。この施設は、熱心なクエーカー教徒であったロンドンの茶商人ウィリアム・テュ

¹⁸ 『精神医学小史』、P 41～48、

¹⁹ 『精神医学小史』、P 50～53、

ークが、同宗の信徒の一人がヨークの癡狂院で拘禁されたまま怪死したのを機に、拘束を排してセルフ・コントロールを重視した新たな療養施設を作ろうと決意して建設された。クエーカーの教義により、自らの行動は自ら律すべしとの宗教的規範があり、強制的な処遇を嫌って道徳・規律などのモラルによる自己管理が求められたのである。このような処遇をモラル・トリートメント（道徳療法）と呼ぶ。

いずれにしてもピネルによる有名な鎖からの解放は、世界最初のものだったとは、到底言い難い。さらに、その解放年も、種々の資料から推測すれば1805年という。

だが、19世紀の後半、国力・経済力の中心がドイツへ移行するのに伴い、医学や精神医学の中心もドイツからフランスへと移行したとき、フランス・ナショナリズムの高まりを受け、多くのフランス人研究者が、「ピネル」の事跡を神話化した。²⁰

ピネルの単一精神病論

だが、ピネルは、解放可能な患者と不能な患者との識別眼をもっていたかという、答えはイエスであり、ピネルの場合はそれまでの臨床経験から精神病の経過についてかなりの知識を携えていたといえる。

1801年、ピネルの著書『精神病に関する医学・心理学総論』が刊行された。この本は、精神病の臨床経過に着目して症状・原因・分類・治療などを総説した、おそらく世界で最も早い時期の精神医学教科書である。刊行と同じ年にドイツ語訳も登場した。

教科書の冒頭でピネルは、「間歇性の狂気（マニー）」と「持続性の狂気（マニー）」をあっつきりと区分する。前者は「妄想を伴う躁病（マニー）」を、後者は「妄想を伴わない躁病（マニー）」を含む。ここでややこしいのは、「マニー」という言葉が二重の意味で使用されている点である。すなわち狂気一般を指す言葉としてのマニーと、躁病を意味するマニーで、両者に同じ言葉が割り当てられている為、これを意味にしたがって日本語で訳し分けられないといけないのである。

いずれにしても前者の間歇性または周期性精神病は経過を観察すると回復し、後者の持続性精神病は回復しない。この識別ができたからこそ、ピネルは解放を実現できたのである。それは、初期の解放者の一人ピネルの名誉と対面を守る自己防衛装置ですらあったろう。自らの手で、いったん解放した患者が、それを裏切って再び凶暴化するなどということがあっては、ピネル自身も結果責任を問われ、医師としての信用を潰すことになったであろう。

このようにピネルは精神病の臨床経過に着目したが、それは単に躁病についてのみならず、精神病全体に関しても敷衍された。ピネルによれば、精神病は全体として一定の経過をとる疾患であった。すなわち、多くの精神病はメランコリーをもってはじまり、それはマニー（躁病）へと移行し、ついには痴呆（デマンズ）の状態へと至る。

これによってピネルは精神病一般を次の4種類に分類する。しかし、この分類はいずれも精神病の全体の経過に基づくものであり、並列的な分類ではない。

²⁰小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P93～98、

- (1) メランコリー
- (2) マニー
- (3) デマンス
- (4) イディオティムス

このうち、第4の類型は強度の痴呆や混迷に近い荒廃状態を意味する。ちなみに「イデオス」とはギリシア語で「自己中心、固有、わがまま」などを意味する言葉である。

精神病を単一の疾患であると看做す見方を「単一精神病論」と呼び、19世紀を通じて勢いを保持し、現代でもなお精神医学の一部に信奉者を持っている。

1-1-10. エスキロールと1838年法

ピネルの弟子エスキロール(1772~1840)はピネルよりすぐれた統計学者であり、臨床的観察者であり、記者者だった。エスキロールとブリアンソン出のフェリュが有名なフランスの1838年法の創始者である。これは、病者ならびにその財産の保護を規定しようとするもので、ルイ・フィリップの署名によって成立した。

各県は保護院あるいは精神病者のための病床を用意しなくてはならず、それは県相互に融通のできる施設でなくてはならない。公的機関がその施設の管理を監視し、精神病者の入院とその継続を記録してゆく。入院には二つの様式がある。家族または後見人の要請による同意入院と、危険性のある場合知事が決める措置入院である。²¹

エスキロールはピネルが内科医長をつとめていたサルペトリエールに赴任し、1813年にそこの最初の精神科医に就任した。ピネルとエスキロールのサルペトリエールにおける共同勤務期間は約15年間にわたる。

エスキロールはサルペトリエールに赴任する前の1805年に「精神病の原因、症状および治療法としての情動」という論文で学位を取った。この論文の表題からも明らかなように、エスキロールにとって「情動」とは精神疾患の重要な病院の一つである。すなわち、うっ積した愛情、傷つけられた自尊心、憤怒、嫉妬、驚愕、恐怖などの心理的な苦痛は、いずれも精神病の心理的原因(=心因)となりうる。

このように、エスキロールは心因性精神病、あるいは心理学的精神医学の父といってもよい。のちの1838年の主著『医学、衛生学、法医学との関連で考察された精神疾患』でも、こうした心因論が展開される。また、心因性の精神病を含む「モノマニー」という概念を作ったのもエスキロールだった。この概念の中には、今日の人格障害に相当する質病群も含まれていた。ところで、こうした心因を精神病の原因として認めるということは、精神医学にとってどのような意味があるのだろうか。

そもその精神医学における心因の想定とは、個人の体験や感情的出来事が精神病の発症以前に存在していて、それが発病につながったと認識することにはほかならない。そうした認識が生まれるためには、治療者一患者の確固たる信頼関係がなければ、成り立たない

²¹イヴ・ペリシエ、『精神医学の歴史』、P115~117、

のである。つまり、心因論とは単なる理論ではなく、精神医療にとっての具体的な方法論でもあり、その有無によって医療内容自体に変化をもたらすほどの意義を持つ論理である。

22

1-1-11. 19世紀精神医学の発展

19世紀の精神医学は、その学問としての規範を固めるために、過去から受け継がれた概念体系と、完全に変容をとげたその同時代の科学の、二つのものに対決せねばならなかった。

グリーンジンガーの脳病論

ヴィルヘルム・グリーンジンガーはドイツのシュットガルトに生まれた内科医で、のちにドイツ最初の精神医学教科書となる『精神病の病気と治療』（1845年）を著した。この著書の中で、グリーンジンガーはピネルの単一精神病論を踏襲するものの、可治の精神病と不治の精神病とを区分する立場を取った。すなわち、メランコリーとマニー（躁病）の二つの精神病は可治で、それが進行したヴァーンジン（妄想）とデメンツ（痴呆）の二つは不治であるとの見解を表明する。

グリーンジンガーは、この二大病群を「病型 Formen」という言葉で表し、加治群を第一性病型、不治群を二次性病型とした。これは今日でいう「症候群」の概念に非常に近い。また、前者の加治群（一次性病型）では脳の病理学的変化はないか、あっても軽微であり、後者の不治群では明らかな病理変化が必ずあるとした。

グリーンジンガーの精神病論は、その教科書の冒頭に書かれている「精神病の座は脳にある」とする脳病論に貫かれている。その意味では基本的に単一精神病論であるといってもよいが、しかしそこには一次性と二次性の二つの病型に区分けする基本構想が芽生えている。また、単なる脳病論にとどまらず、精神病の心因や社会因にもほぼ同等の病因論的な価値を置いている。精神病の原因のすべてを脳の病理に帰する立場を脳病論というので、グリーンジンガーがそれ以外の心因や社会因などを持ち出すのは矛盾していると思われるであろう。たしかにグリーンジンガーは「精神病は脳病である」とのテーゼを立てたが、19世紀も中盤のこの時代には、脳という臓器はなおブラックボックスであり、脳の病理解剖学も幼稚な段階にとどまっていた。グリーンジンガーは精神病も脳病であると主張することで、精神病患者も「患者」であることを強調し、精神病患者に対する処遇を正当なものとするよう主張しているのである。

また、グリーンジンガーはイタリア、イギリス、フランスとは異なり精神病患者の鎖からの解放が遅れていたドイツ（ドイツで患者が最終的に鎖から解放されるのは、1897年のフーズムの精神病院においてであった。）に、無拘束運動（Nonrestraint movement）を導入しようとした。これはイギリスのコノリー（John Conolly）によって始められた精神病院の中から一切の拘禁具を排除し、単に患者を縛り付けるのではなく、できるだけ普通

²²小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P102～105、

の状態におきながら治療をしようとする処遇改善運動である。

また、ドイツで最初の大学精神病院を構想したのもモレルだった。ドイツの精神病院はそれまでは田園地帯に設置されることが多く、患者を長期にわたって収容し、ときには拘禁具で拘束する処遇を行っていた。大半の精神病は都市部で発症するのに、その患者をわざわざ遠方の否かまで移送すること自体が不条理である。また、精神病院で実際に静止に学を学ぼうとする医師や学生にとっても、田舎の病院まで毎日通うのは不可能だった。そこでグリーンジンは、精神病院を交通の便のよい都市部に設置し、職員の数を増やして拘禁具を排除し、入院期間も最長で一年以内とし、同時に学生を受け容れて精神医学の臨床教育や研究も可能とする施設を提唱した。これが「都市部精神病院構想（シュタットアジール）」である。

1860年、チューリヒ大学の内科教授に招聘されたグリーンジンは自らの構想を実行に移す。その結果がチューリヒ大学付属精神病院ブルクヘルツリであり、これが大学精神病院の世界に於ける第一号であろう。²³

モレルの変質論

話は再びフランスに戻るが、19世紀の産業革命は技術革新とともに、社会全体の急速な工業化をもたらし、農民の多くが工場労働者として都市部に流入する結果を招いた。フランス東部には、その典型的な工業都市ナンシーがあり、多数の工場労働者が居住していた。そうした労働者は、劣悪な環境と長時間労働に携わりながら、次第にアルコールや環境汚染の影響を受け、地元の精神病院に収容されることが増えていった。ナンシーの精神病院マルヴィルで診療にあっていたヴィーン生まれの精神科医ベネディクト・モレルは、人間はさまざまな中毒性の物質にさらされて変質を被り、それが世代を超えて遺伝し、その結果の1つが精神病であるとの結論に達する（1857年）。これを「変質」学説といい、その後の精神医学に大きな影響を与えた。

同じころイギリスのチャールズ・ダーウィンは『種の起源』（1859年）を著して、自然界の動植物が環境に適応できないと滅亡して新しい種が誕生するという自然淘汰説を唱えたが、このダーウィニズムと変質学説は19世紀末には、ほぼ結びついて、人間社会における淘汰説に変貌する。すなわち、障害者や不治の患者などの、社会環境に不適な人間は淘汰されるのが当たり前であるという論理で、これを「社会ダーウィニズム」という。社会ダーウィニズムは、当時のヨーロッパ国民国家が目指す国力の増強と強力な軍隊の育成と言う目的に合致していた。そこから民族全体の健康を指向しようとする民族衛生学（または人種衛生学）と呼ばれる学問分野が登場する。これは、後に述べるナチズム期の強制断種や、ひいては精神障害者の「安楽死」作戦へとつながる複線的な動きでもあった。なお、精神医学の歴史上、最も早い時期に精神病者の断種処置（不妊手術）を行ったのは、スイス・チューリヒ大学精神病院の教授だったアウグスト・フォレル（1848-1931）である（1892年）。

²³小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P124～131、

ちなみに、変質学説を提唱したモレルは、1852年にはじめて「早発性痴呆」という病名を記述した。モレルは、青年期に見られる躁病発作のあとの急速な痴呆状態をこの名称で呼んだが、後のドイツのクレペリンが今日の統合失調症の意味でこの名称を使用し、スイスのブロイラーが精神分裂症Schizophrenieという言葉の提唱することとなる。²⁴

1-1-12. エミール・クレペリン

エミール・クレペリン (Emil Krapelin, 1856-1926) は、ドイツ東部のノイシュトレッツで生まれ、ヴュルツブルク大学で精神医学を学んだのち、1877年ライプツィヒ大学にはじめて心理学実験室をつくった心理学者ヴントのものを訪れたが、1878年から4年間、ミュンヘンのハール精神病院で院長のグッデンの助手を務めた。1882年ライプツィヒ大学精神病院フレクジヒの助手に転任し、1833年そこで『精神医学提要』を著し、教授資格を獲得する。この著書が、その後数年ごとに改訂されてゆく有名な教科書の初版となった。

クレペリンはその後エストニアのドルパート大学精神科教授となり、さらに1903年にミュンヘン大学精神科教授に就任した。その翌年、ミュンヘンに大学精神病院が開院した。クレペリンは1922年の退官までミュンヘンにいて、1926年に同地で死去する(墓はハイデルベルクにある)。しかし、その間に彼の教科書は版を重ね、またその度ごとに厚みを増し、1913年には第8版が完結した(9版は死去の為未完結)。

クレペリン教科書の特徴は、その第4版以降に登場する早発痴呆の概念であり、これが躁鬱病とならんで2大内因精神病の1つに位置づけられた点である。「内因」とは、やはりドイツの精神科医メビウス (Paul Julius Möbius, 1853-1907) が提唱した精神病の原因のひとつである。メビウスは、原因不明の精神病では、もともと遺伝的・体質的な原因が体内に潜んでいて、それが一定の年齢に達すると目覚まし時計のように鳴り出して表に表れるという説を唱え、それを内因 Eudogenität と読んだのである。クレペリンもこれを踏襲して、原因不明の精神病には遺伝的要因が強く関与していると考えた。このような内因精神病として、クレペリンは早発痴呆と躁うつ病の二つの精神疾患を挙げ、その原因解明こそ精神医学の使命であるとした。

この早発痴呆は、先に紹介したモレルの造語だったが、クレペリンはドイツの病院精神科医ヘッカーとカールバウムの二人がそれぞれ新しく提唱した破瓜病 Hebephrenie と緊張病 Katatonie の概念をその中核に据えた。ヘッカー (Ewald Hecker, 1843-1909) とカールバウム (Karl Ludwig Kahlbaum 1829-99) は、ともにプロイセン東部のアレンベルク治療療養院で臨床に携わっていたが、ドイツがフランスに勝利して第二帝国として統一される以前の1860年代に、それまでの単一精神病論では説明のつかない症例に注目しはじめた。つまり、単一精神病論では最初にメランコリーがあり、ついでマニーが、さらに進行するとデメンツ (痴呆) が現れるとされていたが、両名ははじめからいきなり痴呆ではじ

²⁴小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P135～137

まり、しかもその経過が周期性であったり、ときには軽快または治癒にさえ至ってしまうという症例を見出したのである。そうした症例の特徴は、思春期（破瓜期）に発病することや、特徴的な筋肉運動（緊張症状、カタレプシー、混迷など）を伴うこと、学歴（知能）の高いものが多いこと、痴呆のように見えるが予後が必ずしも悪くないこと、などであった。このうち、思春期に発病するタイプをヘッカーが破瓜病と命名し、緊張症状が前景にあるものをカールバウムが緊張病と名づけたのである。

また、同じくドイツの精神科医スネルは、妄想だけを主な症状として慢性に経過する精神病にパラノイア Paranoia との名称を与えて、やはり単一精神病論からは外れる疾患の1つと記載していた。

クレペリンはこれらをまとめて一つの疾患すなわち早発痴呆としたのである。もう一つの躁うつ病は、従来からメランコリー（うつ病）とマニー（躁病）に分けて考えられていた精神病をその相互移行性に着目したフランスの精神科医ファレル（Jean Pierre Farlet, 1794-1870）が循環性精神病 Folie circulaire とし（1851年）、同じくバイヤルジュ（Jale Gabriel Francois Baillarger, 1809-1890）が二重型精神病 Folie à double forme（1854年）としたものに相当する。

このように、クレペリンは早発痴呆と躁うつ病の2大精神病を内因精神病として、それぞれに特有の症状・経過・予後が備わっていると考え、それら各々を一つの疾患単位

（Krankheitseinheit）とした。内因のほかに精神病の原因として、頭部外傷、脳腫瘍、脳血管障害その他の身体疾患による外因を、またヒステリーや災害神経症などを心因性の疾患として挙げた。それゆえ、クレペリンに至って精神病は、大きく内因、外因、心因の3群に大別されることとなった。その教科書も、おおむねこのような体系に沿って書かれている。これを精神病分類のクレペリン体系と呼び、今日でも疾病分類の基本とみなされ、現代の国際疾病分類のクレペリン体系と呼び、今日でも疾病分類の基本とみなされ、現代の国際疾病分類（ICD）やアメリカ精神医学会の診断基準（DSM）も、このクレペリンの体系を出発点として組み立てられている。

なおクレペリンは、1904年に当時のオランダ領ジャワ島へ旅行し、そこで欧米とは異なる精神病像を見出し、土着文化が精神病に及ぼす影響を記述した。そうした研究にクレペリンは民族心理学 Ethnopsychologie の名称を与えたが、これはのちに比較文化精神医学 Transcultural Psydiatry と呼ばれる研究領域のもととなった。

いずれにしても、19世紀の後半になるとドイツでは大学精神医学が主流となり、医学全体も細菌学の勃興したドイツを中心とする学問へと変わっていった。また、ピネルの単一精神病論以来19世紀を通じて進行した精神病の分類作業も、その最終時点でクレペリンによるまとまった体系へと行き着いた。

なお、ドイツで大学中心の精神医学がメジャーになると、各大学を中心に研究者の間で師弟関係が形成され、それが学派となって継承されていくようになる。このドイツにおける学派形成も、次に述べるように、ドイツ精神医学をそのまま継承した日本に似たような

形で受け継がれた。ただし日本では非常に特異な学閥ないしは派閥の形をとり、のちの医学の発達に悪影響を及ぼすことになる。²⁵

1-1-13. フロイトと精神分析学

ドイツに於ける精神医学が大学を中心に展開されるに伴って、グリーンジンガーの脳病論の影響によって神経学に極めて近い性格を帯びていった。そのような状況の中で、脳や神経という物質的実体よりも、心理学的な原因や背景を求めようとする「心理学的精神医学」として、にわかに注目を集めたのが精神分析学 Psychoanalyse であった。そして精神分析学を創始したのはウィーンの医師フロイトだった。

フロイトは、1856年フライベルク（モラビア）で、イスラエル商人の家に生まれた。ウィーンで、中高等教育を終えた後、1872年に大学に入り、1880年医師の資格を得た。その間ブリュッケの研究室に通い、神経系の生理学および組織学を知るようになった。また、ヘルムホルツおよびフェヒナーの影響も受けた。ウィーンで個人開業をはじめ、催眠法を用いている。1892年から1894年にかけてヨゼフ・ブロイアーとヒステリー患者の治療に取り組み、『ヒステリー研究』を出版した。

1899年から1905年の間に、フロイトは、ひとりで、彼の理論の中心になる部分を作り上げていった。自己分析を行っているが、これは、フリースとの往復書簡でその跡を追うことができる。夢（『夢判断』、1899年）、失錯行為、言いまちがい、書きまちがい、見誤り、忘却の研究（『日常生活の精神病理学』1901年）、『機知』（1905年）も、無意識の秘密を明かす門戸であった。『性に関する3つの論文』（1905年）では、幼児性欲が記載され、あからさまな汎性欲主義という悪評が立てられた。そこではまた、リビドーが、口唇性、肛門性、男根性、そして固有の性へと順々に変化してゆく、衝動の段階も記載されている。衝動の対象への関わり方によって、第一期は、自体愛乃至自己愛の時代である。主体が、満足の対象としての自己自身をとるからである。次いでリビドーは、母親に固着されてしまう（エディプス・コンプレックス）。そして男の子の場合には、自らの性の喪失を恐れるようになる（去勢不安）。波乱のない一定の潜在期ののちに、リビドーの対象は母親以外の女性に移る（成人の性への参入）。

1900年から、最初の弟子たちがフロイトのもとに参集するようになった。ウィーンのアルフレッド・アドラー、チュリッヒのブロイラーの弟子であるカール＝ギュスタフ・ユング、オットー・ランク、カルル・アブラハムなどである。1908年にはユングが主催して雑誌が発行され、ザルツブルグで、ついでニュールンベルグで学会が開かれる。

いくつかの臨床例を通して、フロイトは神経症に重要な問題を提示している。『トーテムとタブー』（1913年）では、フロイトはその分析を民俗学の領域までひろげた。

精神分析学は、病者を、病者の問題とその欲求を、絶えずより深く理解してゆくという意味で、精神医学に影響を与えた。しかしそれは、精神分析学の理論と解釈の全体が、ためらいなく精神医学に受け入れられたということではない。どんな理論にでもいえることだ

²⁵小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P142～148

が、認識を深めるためには、いくつかの命題に制限や修正が要求される。それでも、精神分析学の貢献するところは計り知れない。

しかし、フロイトをはじめとする精神分析医の大半がユダヤ人であったことから、精神分析自体も人種的な偏見にさらされ、とりわけナチスの台頭したドイツにおいては迫害されてゆくことになる。1933年にナチ党が政権を握ると、多くのユダヤ人分析医が、おもに英語圏諸国へと亡命し始め、ウィーンのプロイトもついにはロンドンへ亡命する（1938年）。そのため、これ以降の精神分析の歴史は、アメリカやイギリスなどを中心に展開され、アメリカではシカゴ精神分析協会のアレキサンダーらを中心として、内科疾患を力動的に解釈しようとする心身医学Psychosomatic Medicineが誕生する。²⁶

第一次大戦と精神医学

近代戦のはじまりは十九世紀のナポレオン戦争にあるといわれるが、第一次大戦（1914～18年）においては、それまでにない近代的兵器が導入される。飛行機、潜水艦、榴弾砲、機関銃、それに世界初の毒ガス兵器である。こうした近代兵器は、いずれも大量の死者を戦場で生むことになったが、それに伴って種々の精神医学的後遺症をも多数生み出すことになった。例えば、砲弾ショック Shell shock と呼ばれる急性ストレス障害、戦争神経症と言われるヒステリー性の運動感覚障害、頭部外傷に伴う器質性精神病などである。

とりわけ、戦争神経症の患者は膨大な数にのぼり、戦後もその治療にあたる精神科医の数が不足したこと、医療や補償の費用が莫大となり国の財政負担が高まったことなどから、ヨーロッパ諸国では大きな社会問題になった。なかでも敗戦国となったドイツでは、思い賠償金の支払いや極度のインフレなどと重なり、戦争後遺症の補償に支障をきたした。

その一方で、「ユダヤ人の学問」と敬遠されていた精神分析は、戦争神経症者の重要な治療手段として逆に再評価され、ドイツ各地に精神分析研究所や診療書画できるようになった。最大の拠点はベルリンの精神分析研究所（B P I）で、ウィーンと並ぶ精神分析治療のメッカが誕生した。フロイトも、分析で治療した多くの患者や教育した弟子の一部が戦争で死亡したことから、第一次大戦後になって再び自らの理論に修正を加えるようになった。かつてはリビドー（性欲）中心の分析理論だったものに、モルティドー（死の本能）と呼ばれる新たな概念が加わり、それをフロイトは修正手放さなかった。

グリーンジンの影響で神経学に偏っていたドイツの大学精神医学にも若干の変化が現れるようになった。その典型が西南ドイツのテュービンゲン大学教授エルンスト・クレッチマー（Ernst Kretschmer, 1888-1964）の心因性妄想概念や精神病者の病前性格に関する研究である。クレッチマーはクレペリンによって内因性とされた妄想疾患の一部に心理的原因（独特の病前性格と発病状況）を認め、これを『敏感関係妄想』（1918年）として記載した。また、分裂病や躁うつ病にも特徴的な性格（分裂気質および循環気質）

²⁶ イヴ・ペリシエ、『精神医学の歴史』、P 153～157、小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P 154～156より要約、

と体格（細長型および肥満型）があるとした。こうした研究はテュービンゲン大学を中心になされていったので、これをテュービンゲン学派と呼んでいる。²⁷

生物学的精神医学

19世紀後半に登場したドイツ大学精神医学は、グリーンジンガーの脳病論ともあいまって同時期に先端学問として勃興した神経学の影響を強く受けているのだが、この傾向は、同時に当時の代表的な精神疾患が、脊髄炎や進行麻痺などの梅毒感染症（第4期梅毒）によって占められていた事情とも重なっている。当時の一般精神病院に入院している患者の過半数は、これら梅毒性の精神病に罹っていたもので、特に進行麻痺患者の数は非常に多かった。

進行麻痺が梅毒感染の結果おこる病であることは、すでに18世紀末ごろには経験的に知られていた。フランスの内科医アントワーヌ・ベール (Antoine Baile, 1799-1858) は、死亡した進行麻痺患者の脳を解剖し、そこに「慢性の脳膜炎」があることをはじめて記述した(1822年)。しかし当時は、ピネルの単一精神病論の影響もあり、進行麻痺のような慢性の痴呆状態は精神病の末期と考えられていたため、ベールのように、これを独立の疾患とみる学者はほとんどいなかった。エスキロールの弟子の一人、ルイ・カルメユ (Louis Florentin Calmeil, 1826-1895) は、ベールの研究を再び取り上げ、この疾患が慢性脳髄膜炎であることを主張した。

19世紀後半になって、とくにルイ・パスツールの発酵学とローベルト・コッホによる細菌検査法の開発以降、細菌学が急に進展してゆくと、結核菌、ペスト菌、コレラ菌、淋菌などの発見とともに、梅毒の病原菌も探し求められることになった。結局、その発見は20世紀にずれ込むことになり、1905年に至ってドイツのシャウディンとホフマンが梅毒病原菌スピロヘータ・パリーダを見出す。翌1906年には、ヴァッセルマン (August von Wassermann, 1866-1925) が梅毒病原菌に対する結成診断法（いわゆるワッセルマン反応）を開発し、梅毒とそれに伴う進行麻痺の臨床的診断が一気に正確なものとなった。治療に関しても、1910年にドイツのパウル・エールリヒと日本の秦佐八郎が共同してサルバルサンの合成に成功し、一躍特効薬として知られるようになる。

1913年、日本の野口英世 (1876-1928) は、進行麻痺患者脳からはじめてスピロヘータ・パリーダを分離することに成功し、進行麻痺は脳の梅毒であることが確定した。また、オーストリア・ウィーン大学第二精神科教授のヴァグナー・ヤウレグ (Julius Wagner Ritter von Jauregg, 1857-1940) が、進行麻痺患者にマラリア患者の血液を注入することにより人工的に高熱を出して治療する、いわゆるマラリア療法を創始した(1917~19年)。

精神病患者の中の多数派で、かつ不治の病と考えられていた進行麻痺の患者が、このようにして治療可能となり、しかもその原因が梅毒病原菌にあることがはっきりと確定するに至ったことは、精神病の気質論（身体因論）を主張してきた多くの精神科医を勇気付け

²⁷小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P157~159

ることになる。同時にそれは、心因論者に対する気質論者の「勝利の凱旋」ともいえる出来事ともなり、以後、精神病の身体的病因を求める傾向がますます強まっていく。

このような身体医学的立場に立脚する精神医学のことを、現在では「生物学的精神医学」と称している。精神病の原因は、すべて身体的な要因とされ、心理問題は二次的な要因でしかない——人間の心理が今日でもしゅかんできであいまいなものである一方で、身体（脳）は客観的で厳密な科学の研究対象とされる。そして、人間心理もまた、いずれは脳の客観的な変化として計量的に捕らえることが可能であるとする。そうした精神医学は、科学的かつ立証可能な基盤の上に立ち、学問的にも磐石の精神医学であると考えられがちであるが、一方では「精神なき精神医学」と揶揄される。それは、19世紀中期にグリーンジンガーが精神病の原因は脳にあるとしたあとで、当初は「神経精神医学」として出発し、ついで「細菌学的精神医学」として、さらには遺伝学、疫学、薬理学などの発達に伴い、現代の生物学的精神医学へといたる。

しかし、精神医学におけるこの生物学的傾向に対しては、20世紀に入ると一定の反対傾向が生じるようになる。その1つが既に述べた精神分析であり、それに付随する精神療法の流れである。また、もう1つの立場がヤスパース以降の記述現象学的精神病理学である。²⁸

ホッヘとブロイラーの優生思想

19世紀末にクレペリンが「早発痴呆」と「躁鬱病」を二大精神病として疾病学の骨格に組み入れたとき、クレペリンはそれらが臨床的に独立した疾患の単位であることを主張していた。ただし、その原因は脳の何らかの病的変化（とくに遺伝的な）にあり、それは現時点では不明であるものの、科学の進歩とともにいずれは解明されるであろうというのが、クレペリンの基本的立場であった。

このクレペリンの疾患単位説は、19世紀初頭の単一精神病論とは対照的に、独立した複数の疾患が精神病には含まれており、それぞれに症状・経過・予後などが異なるとするものである。しかし、症状や経過が類似している為、一見、単一の疾患と見えても、それは単なる症状の集まりであって、実は単一の独立疾患ではなく、様々の疾患の寄せ集めにすぎない、とする見解もグリーンジンガーのころから病院精神医学に存在していた。これを症状群 Symptomenkomplex 説という。グリーンジンガー自身の精神病分類もまた、この症状群にきわめて近い「病型 (Forme)」という概念によって構成されている点についてはすでに指摘した。つまり、クレペリンが疾患単位であるとした早発痴呆も、単に似たような症状の集合体であり、その背景には種々の異なった精神疾患（あるいはただ一つの精神病）が含まれている、という説である。「脳に病的な変化がある」とするクレペリンの疾病学に真っ向から対立する「症状群」学説は、20世紀に入って有力な二人の学者から出された。一人はチューリヒ大学精神科教授のオイゲン・ブロイラー (Eugen Bleuler, 1857-1943) で、クレペリンの師匠に当たるグッデンのその後の後継教授であり、もう一人はフライブルグ

²⁸小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P159～163

大学精神科教授のアルフレート・ホッヘ (Alfred Erich Hoche, 1864-1943) であった。

ブロイラーは、早発痴呆患者に現れるさまざまな臨床症状を、一次症状、二次症状、必須症状、副症状などに整理し、おもにその症状をもって診断の根拠としたが、それは「早発痴呆」という一つの独立した疾患ではなく、あくまでも症状群にすぎないという。また、「早発痴呆」という古めかしい病名の代わりに、精神分裂病群 Gruppe der Schizophrenien の名称を与えた (1911年)。しかし、それは決して単一の疾患名ではなく、あくまでも症状群であった。それゆえ、ブロイラーにおいては、分裂病は常に複数形の単語形態をとるのである。

フライブルクのホッヘも、そうした症状群学説の主張者で、クレペリンの疾患単位論を攻撃した。ホッヘは、のちに述べるように、第一次大戦におけるドイツ敗北をうけて法学者のビンディングとともに不治の精神障害者「安楽死」論 (『価値なき生命の抹殺に関する法律解禁』) を著す。クレペリンがホッヘのそうした安楽死論に対して、基本的に支持する立場にあったという資料はない。しかしながら、クレペリンもまた、ホッヘに優るとも劣らぬ愛国者であり、モレルばりの優生思想の持ち主であった。いずれにしても、1920年代に至って、クレペリンはそれまで主張してきた疾患単位説に修正を加え、ホッヘの症状群学説を大幅に取り入れる。『精神病の表現形態』(Die Erscheinungsformen des Irreseins) という有名な論文の中で、クレペリンは疾患単位ではなく、精神病には分裂病性あるいは躁鬱病性など10種類の表現形態 (= 症状群) があるのみで、それらは個々の障害の程度に応じて別々に現れてくる、とした。

スイスのブロイラーが『精神分裂病』という名称を使い、その主要な臨床症状を研究した際、そこでさかんに援用したものは当時の心理学的知識であった。とくに連合心理学 Assosiationspsychologie の知見が、分裂病症状を解明するうえで一つのキーになると思われた。人間の観念は様々に内容を変えつつ頭の中を飛び回っているが、そこには一定のつながり (連合) があって決してバラバラになることはない。ところが分裂病症状では、その連合が緩んで、観念は「あたかも指揮者を欠いたオーケストラのように」勝手に活動して全体としての意味をなさない。これがブロイラーのいう分裂病の基本的な症状、すなわち連合弛緩 Assosiationslockerung である。

そのほかにもブロイラーは、当時勃興しつつあった隣国オーストリアでの精神分析学に理解を示したので、助手の一人ユング (Carl Gustav Jung, 1875-1961) がヴィーンのプロイトと盛んに交流するようになった。精神分析はもともと、開業医フロイトが診療所で外来患者に施行していたので、大学精神病院のような病院での入院患者への適応経験はなく、しかもフロイトおよびそのシンパはほとんどユダヤ人であったため、ユングのような大学精神病院の医師で、かつユダヤ人ではなく生粋の「アーリア人」が研究グループに参加してくれることは願ってもない貴重な機会であった。しかし、ユングとフロイトの関係は第一次大戦が始まる前に早くも破綻するに至る。²⁹

²⁹小侯和一郎、『精神医学の歴史』、P163～168

ヤスパースの現象学的精神病理学

カール・ヤスパース(Karl Jaspers, 1883-1969)は、クレペリンによって打ち立てられた精神科疾病学の体系が、もっぱら気質論的身体主義的立場に偏しすぎていることを批判し、ブロイラー同様に心理学的知見を応用して精神症状の理解につとめようとした。また、ヴェルニッケとその弟子クライストによる大脳局在論を「脳神話」(Hirnmythologie)という言葉で攻撃した。ただし、ヤスパースが援用したのは了解心理学Verstehenspsychologieで、正常心理では理解のできないとされる精神病症状の中にも、ある程度理解できるものと、そうではないものとを区別してゆくところから出発する。前者は「了解可能」とされ、後者が「了解不能」の症状である。そうした研究を行うためには、患者の語る話を性格に記述し、その内容を現象そのままとして受け止めねばならない。それがヤスパースのいう記述的現象学である。なお、ここで付け加えておくべきは、ヤスパースもまたブロイラーと同様に症状群説の立場に立っていたことである。この点でもヤスパースはクレペリンに反対の立場を明確にする。

ヤスパースは、この手法を用いて患者の精神症状を詳細に観察し、1913年には記念碑的ともいえる『精神病理学総論』を刊行する。この立場は、ケルン大学精神科のクルト・シュナイダー(Kurt Schneider, 1887-1967)によって受け継がれ、今日の精神病理学の基礎となった。なお、ヤスパースはその後同じハイデルベルク大学の哲学科へ転じ、結婚相手がユダヤ人であったことでナチズム期にはスイスへと亡命する。

シュナイダーは、確かにヤスパースの現象学的立場を継承したが、基本的にはクレペリンと同じく身体論者であり、やはりクレペリン同様の疾患単位説にたつ学者であった。ナチズム期には冷遇されたが、戦後ハイデルベルク代がう精神科教授となり、現在でも広く使われている精神病理学教科書(『臨床精神病理学』)を著す。そこでは、クレペリン以来の分裂病・躁鬱病の二大内因性精神病論が再び疾病学の基本的図式として取り上げられ、ブロイラーの症状群説は退けられている。ただし、シュナイダーは、クレペリンの標記した「早発痴呆(Dementia praecox)」という古い用語をブロイラーの作り出した「分裂病(Schizophrenie)」という言葉に置き換え、同様にクレペリンの「躁鬱病(Manisch-depressives Irresein)」も「循環病(Zyklothymie)」という一語に変更している。これによって、両者の精神病名とともに、欧米語では形容詞の形で使用が可能となった。また、シュナイダーが記述した分裂病の「一級症状」「二級症状」などは、さきに触れたアメリカ精神医学会の診断基準(DSM)にも取り込まれている。

また、シュナイダーは1923年に『精神病質』を著して、今日的人格障害の観念に先鞭をつけた。「精神病質Psychopatie」という言葉自体は、1889年にやはりドイツのコッホによって作られたが、シュナイダーはそれを10の類型に分けて詳しく記述した。クルト・シュナイダー自身はナチズム期に冷遇されたが、皮肉なことに彼の精神病質概念はナチスによって利用され、ナチ国家にとって無益とされた浮浪者、犯罪者、売春婦などを

くくる上位概念ともなり、強制断種の検討対象にまでなった。³⁰

理論と治療との乖離—ファシズムとショック療法

近代精神医学は19世紀を通じてさまざまな基礎的理論や疾病体系を構築し、さらに精神分析学の登場によって、すくなくとも精神療法の分野に関しては、一定の具体的治療論を提示してきた。しかしながら、実際の臨床現場に於ける治療法に関しては、精神医学の理論的發展に比較したとき、それに見合うだけの進歩があったとは言いにくい。19世紀初頭の啓蒙主義が「精神病は治る」と声高に叫んだのに対して、現実には治療可能の患者は一部にとどまり、また治療をしても再発するもの、治療に対して無反応であるもの、とさまざまな結果が生まれていた。治療法自体の中にも、理論的根拠に乏しいものや、なかには逆両方ともとれるいかがわしい方法すら含まれていた。

たしかに近代精神医学は、単なる疾病分類のみならず、いろいろな治療法にも触れ、その方法を分類・検討してもいた。例えば、すでに述べたグリーンジンガーの教科書にも「精神病の治療」(Therapie)の章が設けられていて、大きく「身体的治療」(Somatische Behandlung)と「精神的治療」(Psychische Behandlung)の二つに分類され、各々の具体的方法が挙げられている。前者には種々の薬物(阿片チンキ、吐剤、下剤、ワインなど)、水治療(灌水、温浴、冷水浴など)、運動(農作業や散歩など)、瀉血(静脈切開)、食事療法などが含まれ、後者には主として道徳的な教育(講義)、音楽、暗示、談話などが挙げられている。もちろん、当時はなお多くの精神病院で実際に行われていた種々の拘束・拘禁的方法についても述べられているが、グリーンジンガー自身はコノリーの無拘束運動に賛同していたので、こうした拘束は必要最小限にとどめるべきことを主張していた。

しかし、いずれにしてもグリーンジンガーの挙げている19世紀中期から後期にかけての治療方法は、原則的に20世紀に至っても踏襲され、実際の臨床現場に関する限り、全体としてはそれ以上の原理的發展を見ることはなかったと言ってよい。その一方で、大学精神医学における神経病理学や精神病理学のさまざまな発見や論理的発達著しく、そこに学問としての精神医学と、実際の臨床としての精神医学との乖離が次第に顕著になってきたわけである。それは同時に、大学と病院・診療所との乖離でもあり、理論と実践との隔絶でもあった。とりわけ、第一次大戦後の精神障害者の急増は、そうした乖離を明瞭に浮かび上がらせ、理論よりも現実の治療方法を痛切に求める風潮を精神医学自身の内部にまで持ち込むことになった。

すでに第一次大戦中、ヴァーグナー・ヤウレグによる進行麻痺のマラリア発熱療法が発見され、戦後に至って次第に普及しはじめ、一方では精神分析のような系統的精神療法が実践されていたが、それでも精神医学内部における革新的治療方法、とりわけクレペリンの挙げた原因不明の2大精神病に対する特別な治療法は登場していなかったといえるだろう。発熱療法は進行麻痺という特定の精神疾患に対する治療法であったし、精神分析にはなお根強い不寛容がつきまとっていた。

³⁰小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P168～171

このような状況の中で、1930年代に入ると、いわゆるショック療法としようされる一連の治療方法が相次いで開発され、急速な普及を見ることになる。まず、オーストリアのザーケル（Manfred Sakel, 1900-57）が1933年にインシュリン投与による低血糖性昏睡を繰り返し起こさせる「インシュリン・ショック療法」を開発した。1934年には、ハンガリーのメドゥナ（Ladislas-Joseph von Meduna, 1896-1964）が薬物（カルジアゾール）を用いて人工的に痙攣発作を誘発させる「カルジアゾール痙攣療法」を考案し、続いて1937年にはイタリアのツェルレッティー（Ugo Cerlitti, 1877-1963）らが電流を用いた電気痙攣法（電気ショック）を開発する。また、ショック療法とは原理的に異なるものの、脳に直接侵襲を加える意味では同様のカテゴリーに入る「ロボトミー」（大脳前頭白質）が、ポルトガルのモニス（Egaz Moniz, 1875-1955）によって1935年に行われ、1936年に学術論文として発表される。

これらの治療方法に共通する特徴は、それまでの薬物や精神療法などとは本質的に異なっており、「脳」という臓器を直接のターゲットとし、それに科学的、物理的に強力な刺激を与え、あるいは手術という物理的侵襲を加えるものであり、しかもその対象が精神分裂病という決定的治療法のない疾病に置かれていたことである。また、治療を受ける側すなわち患者にとって一定の苦痛や後遺症を強いる点でもそれまでの治療法とは比較にならないものだった。それは18世紀末から19世紀初頭にかけて現れた回転椅子などの機械的ショック療法の延長線上に出現したものであろうか。あるいは、これらの治療法が、いずれも1930年代に独裁体制を敷いていたハンガリー、イタリア、ポルトガルというファシズム国家（いわゆる南欧ファシズム諸国）において開発された点で、あえてイデオロギ的な見方をすれば、その強圧的・暴力的性格を共有していたと見ることもできるのだろうか――。

しかし、いずれにしても精神病の治療という観点に関する限り、こうした新しい治療法の登場は、それまでの精神医学における理論と実践の大きな乖離という場の中に突然現れ、それを埋めるがごとく普及していったということに変わりはない。ただし、同じ1930年代に独裁国家となるドイツにおいては、少なくとも新しいショック療法がかいはつされることはなかった。ナチ国家における「ショック療法の対応物」とは、おそらく以下に述べる強制断種であり、「安楽死」だったのではなかろうか。³¹

強制断種から「安楽死」へ

1933年にドイツで政権をとったナチ党（国家主義ドイツ労働者党）は、「劣等民族」としてのユダヤ人や障害者の淘汰を主張していた。その年には早くも「遺伝病子孫予防法」という強制的な断種法を制定し、精神疾患をはじめとする遺伝病をもつ者に対する断種が施行されはじめた。この法律に基づいて断種された者の数は、1945年のナチ・ドイツ崩壊までに30～40万人にのぼった。このナチ断種法は、その後の日本にも影響を及ぼし、1938年に厚生省が内務省から独立すると早速検討の対象とされ、1940年には

³¹小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P171～176

これを日本流に焼きなおした「国民優生法」が制定される。

第一次大戦の終わった1920年には、すでに述べた法学者ビンディングと精神科医ホッヘによる障害者安楽死論ともいえる著書が公刊され、そこに記されていた価値なき生命 lebensunwertes Leben とか、精神的死者 geistig Tode などの言葉が、のちのナチスによって利用されることになった。1939年9月にナチ・ドイツはポーランドに侵攻して第二次世界大戦が始まるが、それに先立つ1939年初頭に先行例として、ライプツィヒ大学病院で先天性障害児の安楽死が行われ（クナウアー事件）、これを期に具体的な障害児安楽死計画が立案された。1940年初頭からは、ドイツ国内の4ヶ所（のち6ヶ所）の精神病院施設（「安楽死施設」）に敷設されたガス室で、主に成人の精神障害者を「安楽死」させる「安楽死作戦」（T4作戦）が実行に移され、1941年8月までに総計70273名の患者がCOガスによって殺害された。このほかにも占領下のポーランドで精神病院が次々と解体され、入院患者の多くが大量射殺された。こうした患者殺人は、一般市民の噂となり、一部の教会もそれを非難するようになったため、ヒトラーは1941年になってガス室殺人に口頭で中止命令を出したが、T4作戦そのものは終わることなく、ドイツ敗戦まで続けられた。安楽死殺人の方法もガスではなく薬物（モルヒネ、バルビタールなど）や食糧制限による餓死などに変わった。その結果、安楽死させられた犠牲者の総数は、推計で少なくとも20万人に上った。一方、T4組織そのものは、1941年以後ポーランドに配置換えとなり。ルブリンに本拠を移して親衛隊の指揮に入り、絶滅収容所（四カ所）と呼ばれるユダヤ人大量虐殺施設へ転用された。ここでも同じようなガス室が作られ、各地のゲッターから貨車で移送された大量のユダヤ人が殺害されていった。歴史上有名なホロコースト（ユダヤ人大量虐殺）は、このように障害者の「安楽死作戦」から発展したものである。ナチ強制収容所として有名なアウシュビッツに最初のガス室が設けられたのは1942年の春のことだったが、T4作戦によってドイツ国内の精神病院にガス室が付設されたのは、その2年以上も前の1940年初頭のことである。

ほぼ第二次大戦のはじまりとともに開始されたナチスによる障害者の「安楽死」は、どのようにして可能となったのだろうか。

安楽死計画の成立過程を検証してみると、そこには単なるヒトラー個人の意向ばかりではなく、当時のドイツ精神医学界を代表するような著名な精神科医や大学の精神科教授が関与していたことが分かる。たとえば、ヴェルツブルク大学教授のヴェルナー・ハイデ、ハイデルベルク大学教授のカール・シュナイダー、ゾネンシュタイン治療院院長で教授のヘルマン・ニーチェ、ベルリン大学教授のマックス・ド・クリニス、同じくベルリン大学小児科教授ハンス・ハインツェがそれである。彼らは労働力のない慢性患者、重い奇形をもって生まれた障害児、不治の患者などを選別して、安楽死させることがドイツ社会や国家のためだと考えた。そこで、国内の精神病院すべてに、そのような患者を選び出すための調査票を送り、その結果を判定して抹殺の対象となる患者を決定し、彼らを秘密裏に（特別な「灰色のバス」を使って）安楽死施設へと送り込んだのである。調査票の結果を判定

したのも、「鑑定医」と呼ばれる大学教授や病院精神科医であった。それは、まさに組織的な抹殺であり、安楽死という名の大量殺人にほかならなかった。

近代医学は、その倫理基準を第一章に掲げた「ヒポクラテスの誓い」に求めたが、そこには医者が患者に毒薬を与えないことが明記されていた。ナチの精神科医が行ったことは、まさにこのヒポクラテスの誓いを踏みにじる行為だったのである。それが戦後の丹生ンベルク医師裁判でも大きな問題とされ、世界の医学会に衝撃を与えたのである。このことについてはもう一度あとで触れるが、少なくとも近代医学が倫理の雛形として採用した「ヒポクラテスの誓い」も、このような医学犯罪の歯止めとしては機能しなかったことを忘れてはならない。

だが、このような思想は当時のドイツにだけ特徴的だったのだろうか。答えはノーである。ナチ・ドイツの同盟国であった日本でも、1937年に日中戦争が始まると、国内の精神病院に入院していた患者の死亡率が次第に高まってゆく。たとえば日本で数少ない公立精神病院であった東京の松沢病院では、入院患者の死亡率が敗戦の年には何と40.9%に上がっていた。

この背景には、日本でも食糧事情の悪化に伴う何らかの食糧制限が入院中の患者に対して行われていたことがある。

たしかに日本ではナチ国家のような組織的な「安楽死」はなかったといえるかもしれないが、開戦当時のドイツには30万床を越える精神科ベッドがあったのに対して、日本ではたかだか二万床を上回る程度のベッドしかなかったことに注意しておかなければならない。³²

人体実験と精神医学

実証的で経験論的な性格をもつ近代医学にとって、人体実験ははじめから必要かくべからざる手段であったともいえる。しかし、19世紀前半の人体実験は、なお医師自身あるいはその家族を対象とした小規模なものにとどまっていた。しかし、世紀の後半になって細菌学がとうじょうすると、近代医学には大量観察の眼差しが持ち込まれ、不特定多数の人間を対象とする人体実験が行われるようになった。

すでに述べた進行麻痺のマラリア療法を開始したヤウレグも、オーストリア海軍の兵士を使ってマラリアの発熱実験を重ね、はじめてその有用性を確認できたのである。なお、ヤウレグはこのマラリア療法を創始したことで、精神科医としては世界初のノーベル賞を受賞している。アメリカでも1930年代には、梅毒の人体実験として有名なタスキーギ事件が起こっていた。

しかし、何とんでも人体実験が史上最大の規模で遂行されたのは、1930年代から40年代にかけての日本とドイツにおいてであった。日本では、最金銭を構想した陸戦軍医の石井四郎が1934年ごろから占領下の中国東北部（旧満州国）に実験施設を作って炭素菌、ペスト菌、赤痢菌、チフス菌などを用いた感染実験を開始した。

³²小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P177～182

この施設は1938年ごろにはハルビン近郊の平房へ移され、そこに国内の大学医学部などから多数の研究者が集まって、さらに本格的な人体実験が繰り返された。石井を長とする人体実験部隊は関東軍防疫給水部という名称で秘匿され、のちに有名な731部隊と名を変えた。ここでは少なくとも、1940年から45年までの間に、三千名を超える中国人、モンゴル人、ロシア人が殺害された。そのほか、北京、南京、広州、シンガポールの各「防疫給水部隊」でも人体実験が行われていた。細菌やリケツィアによる感染実験にとどまらず、毒ガス実験、凍傷実験、高圧・低圧実験なども実行に移されていた。

一方、ドイツでは1940年代に各地の強制収容所を中心にユダヤ人を使った人体実験が行われた。ダハウにおける高圧・低圧実験、低温冷却実験、食塩水大量投与実験、ラーフェンスブリュックにおける不妊実験、新薬の治療実験、角膜染色実験などがそれであった。また、先の安楽死作戦に際して、殺害した患者の脳や内分泌臓器が収集されて標本にされていた。収集していたのは、ベルリンのカイザー・ヴィルヘルム脳研究所教授のユリウス・ハーラーフォルデン、ハイデルベルク大学精神科教授のカール・シュナイダー、ブレスラウ大学神経科教授のヴィクトア・フォン・ヴァイツゼッカーらである。

こうしたナチズム期の人体実験は、次に述べるニュンベルク医師裁判で裁かれたが、日本の731部隊などによる人体実験は、アメリカ占領軍に資料を提供することを条件に東京裁判ですべて免責となってしまった。元731部隊員の多くは、戦後の日本医学界に復帰し、大学教授や厚生技官などとしてその影響力を温存した。そのため、日本では戦後も人体実験が半ば平然と行われるような非人道的な風潮が残った。精神医学との関係では、裁判にもなったロボトミー事件（ロボトミーによる患者の脳手術に際して脳組織の一部を切り取って研究材料とした）や、新潟の精神病院で行われたツツガムシ病の感染治療実験などがある。³³

精神医学における近代と現代の境界

「近代精神医学の終わり」をどの時点に求めるのか、と言う点から考えるとナチズム期は重要な焦点である。

一般的な歴史に於ける時代区分に従えば近代（近世後期）は、20世紀初頭、あるいは第一次大戦に至って終焉を迎え、その後は現代に移行するとされるが、精神医学においてはそのような時代区分は妥当とはいえないさそうである。

ドイツが第一次大戦に敗北し、ヴェルサイユ体制によって政治的にも優位を失ったにち、ヒトラーが登場してヴェルサイユ体制を否定する。その結果、国家的にも医学においてもドイツこそが世界一優秀という風潮が生まれる。ナチズム期のドイツ医学とは、基本的にそのようなイデオロギーと密接に結びついていた。科学的で、価値中立的にみえる医学も、実際にはイデオロギーとは無関係ではなく、その点で精神医学も全く同様だった。断種法と同様、1933年のナチ政権登場後まもなく制定された「公務員再建法」によって、国公立大学や病院からユダヤ人の医師・職員が追放され、代わってナチズムに賛同する人間

³³小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P183～186

が優位な立場を占め、さきの優生学や遺伝学研究に携わるドイツ人精神医学者が優遇されていく。

そのような風潮のなかで、ドイツ精神医学は精神病患者の強制的断種と障害者「安楽死」へ向けて突き進んでいった。また、人種主義イデオロギーに根ざした数々の人体実験を行っていった。日本もまた同様に、生物兵器開発を目的に人体実験へと突き進んだ。

前者は19世紀中期以降の変質学説と優生思想の理念を極限にまで効率化したものであり、後者も19世紀後期の細菌学と細菌発見競争に基本的に備わっていた「人間に病と死をもたらす病原菌」を逆利用できるとする観念を、最も効率的に実現しようとしたものである。つまり、両者はともに19世紀の近代医学や近代精神医学の基本的な学説・学問の成果を追い求めた末の出来事であったといえる。それは20世紀的な科学という色あいもちつつも、理念的には、なお19世紀の近代医学の延長にすぎず、むしろその一つの最終的な結末であった。

ドイツ敗戦後のニュルンベルク裁判とその継続裁判（とくに医師裁判）を経て、人体実験などの医療上の基本的倫理方針（ニュルンベルク・コード）が作成されることになるが、その際裁判で裁かれたのは「安楽死」や「人体実験」だけでは済まされず、優生学や優生思想、変質学説、細菌学などの近代医学そのものだったとも言える。

その点を考慮に入れると、精神医学にとっての近代と現代の時代的境界は、ナチズムやファシズムの出現した1930年代からその崩壊に至る1940年代だったといえる。それは単に近代医学の抱えていた変質学説の終焉という意味だけではなく、ナチ強制収容所のような誰の目から見ても明らかな集団的トラウマによって起こる精神障害に対して納得のいく説明ができなかったのである。

では、精神医学史に於ける近世と近代の境界を画する出来事に「鎖からの解放」が存在したのに対して、近代と現代の境界も、それを画する出来事として何が存在したのだろうか。それは向精神薬という出来事である。³⁴

精神科薬物療法の歴史

先述したように、シャーマンや預言者などが何らかの薬物を用いて変容をきたしていたことは、自然界の物質を用いて人間の精神状態をコントロールしようとする行為に古い起源があることを示している。

果実が自然発酵してアルコールになり、宗教儀式に用いられるようになったのもきわめて古い。

アナトリアでは、紀元前18世紀からケシ opium が鎮痛剤として使用されていた（パピルス・エーベルス、BC1550ごろ）。起源は不明ながら、新大陸のインディアンの間でも、サボテンの樹皮から採ったペヨーテが宗教儀式に用いられていたが、その主成分は勉強を引き起こすメスカリンだった。

ヨーロッパでも中国でも、薬草の栽培は盛んだったが、とくにヨーロッパでは、修道院

³⁴小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P188～192

が自給自足の原理に基づいて中世以来、薬草園を付設し、そこに薬用植物を植えて自給したが、それは近隣住民にも普及されたので、ヨーロッパ中世の医学は、別名「修道院医学」ともいわれる。「向精神薬」(Psychopharmacology)という言葉は、聖職者ロリチウスによって1548年にはじめて使われたという。

近代に入ると、19世紀初頭に阿片(ケシ)からモルヒネが取り出され、1855年にはコカ葉からコカインが分離されたが、薬物の成分を科学的に合成する作業が可能となったのは、1865年、ベルギーのケクレによるベンゼン環の発見以降である。この発見により有機化学が登場して、近代的な製薬工場が生まれる。

このように、向精神薬の歴史は古くまで遡ることが出来るが、現在の向精神薬と呼ばれる薬物が開発されるのは、戦後の1950年になってからのことである。

現在使用されている向精神薬の元祖とされているのは抗ヒスタミン剤クロールプロマイジン(4560RP)であり、こちらを実際にパリ大学精神病院で使用してみると、患者は意識を失うことなく自律神経症状が効果的に抑制された。1853年にはカナダやアメリカでも臨床試験がはじまり、1954年に製剤化された。

また、脳内の神経ホルモン(モノアミン)に関する研究も進み、1946年には脳内のノルアドレナリンが、52年にはセロトニンが、57年にはドパミンが発見された。また、精神病に見られる幻覚・妄想などの症状が脳内物質の異常な代謝によるものではないか、との仮説が相次いで発表された(モノアミン仮説)。

また、1958年には最初の三環系抗うつ剤イミプラミンが発売された。さらに、同じ年、クロペリドールよりさらに強力な抗幻覚作用をもつハロペリドールが開発された。また、この薬剤が脳内のドパミン受容体をブロックすることが確認され、精神分裂病のドパミン仮説がさかんとなった。精神薬理学Psychopharmacologyという言葉も生まれた。

また、脳内ホルモンとならんで、1950年に発見された脳内ペプチドのギャバ(GABA)は、不安や緊張などの精神現象と関連していることが確かめられ、GABA受容体に働きかけるベンゾジアゼピン系の抗不安薬の開発が進んだ。ジアゼパムなどの誘導体が次々に合成され、今日マイナー・トランキライザーとして広く使用される一連の薬剤が誕生した。

さらに脳内物質(神経伝達物質)が研修されるにつれ新しい向精神薬が次々と製品化されていった。1971年にはオランダのソルベ社でセロトニン再取り込み阻害剤フルボキサミンが、72年にはアメリカのイーライ・リリー社でフルボキサチンが、ついで75年にはデンマークのフェロサン社でパロキサチンが合成され、いずれも選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)として製品化された。85年にはフランスのファール社が選択的にノルアドレナリンの再取り込みを阻害する薬剤(SNRI)にも抗うつ作用を確認し、97年にミルナシプランとして製品化した。SSRIとSNRIは、ともに旧来の三環系抗うつ剤に代わる新しいうつ病治療薬として、現在広く使用されつつある。

一方、ハロペリドールを開発したヤンセン社は、1984年にドパミンのみならずセロ

トニン受容体にも働きかける新しい抗精神病薬（SDA）のリスペリドンを合成し、92年以降、世界各国で発売されるようになった。また、1970年に多種類の受容体に働きかける抗精神病薬（MARTA）が作られるようになった。

また、躁鬱病の治療薬として炭酸リチウムが1970年代に発売されたり、回虫駆除剤として使用されていたジスルフィラムにも嫌酒効果が見出され、以後、抗酒剤としてアルコール症患者にも使用されるようになった。

このように、現代は向精神薬の開発競争も激化し、臨床のニーズを満たそうとする新たな向精神薬が次々と開発される趨勢にある。それに伴って、精神医療の主な手手段として、薬物の占める割合は急速に高まってきた（精神科薬物療法）。また、相対的に精神療法としての精神分析の地位が下落する自体も現れてきた。

一方、そのような薬物が増えた為、その効果を評価する為のさまざまな価値尺度が生み出された。そのような評価は心理テストと呼ばれる質問を土台に開発された。

心理テストの歴史

先述した19世紀後期の優生思想や民族衛生学の党上位によって、人間の精神的能力を客観的に測定し比較しようとする試みが生まれた。その代表が知能テストである。

1890年にイギリスのキャッテルがメンタルテストを近アン氏、1905年にはフランスのピネー（Alfred Binet, 1857-1911）が知能検査法を作成する。

このテストはその後、日本にも移入されて改変され、「鈴木ピネー式検査」として使用されている。知能は年齢と共に変化するの、テストで得られた数字を被験者の年齢で補正したものを知能指数（IQ）と呼ぶ。1939年にはアメリカのウェクイスラーによって成人用知能テストが開発された（WAIS）。1949年には、その児童版（WISK）も作られた。

一方人格検査法も第二次世界大戦に際しての徴兵検査や軍の諜報員試験などに用いる目的から、主にアメリカで開発され、MMP I（ミネソタ式多面的人格検査）、TAT（物語・空想テスト）、SCT（文章完成テスト）、ギルフォード・テストなどが登場する。このうち、TATは質問紙法ではなく投影法と呼ばれる、精神内科医を具体的な質問によってではなく、絵や図版に対する空想から間接的に知る方法によっている。この投影法の代表がロールシャッハ・テストで、1921年、スイスの精神科医ヘルマン・ロールシャッハ（Herman Rorschach, 1884-1922）によって考案されたものである。³⁵

精神分析学の分派と拡散

ピネーがパリに出たフランス革命前夜の同時期に、オーストリアのフランツ・アントン・メスメル（Franz Anton Mesmer, 1734-1815）も動物時期説という前近代的な自説に基づく電気療法を掲げてパリへと移り住んだ。メスマルの治療は大がかりな仕掛けを用いた催眠術であり、これが19世紀の後半にシャルコーらの臨床催眠法へと発展する。ユダヤ人フロイトが、このシャルコーのもとに留学したのを機に精神分析学が誕生した。また、ナチ

³⁵小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P204～205

ズム期には多数の精神分析家がオーストリアやドイツから、イギリス・アメリカへと移っていった。

アメリカではブリルによってフロイトの著作『ヒステリー研究』が1909年に翻訳され、同年、心理学者のスタンリー・ホールがフロイト、ユング、フェレンツィらをアメリカに招待し、1911年にはニュー・ヨークに最初の精神分析協会が設立された。精神分析を入院患者にも適用しようとする病院も現れてきた。

アメリカでは精神分析を受容する土台は存在したが、その勢いを増すのは、約50人の大物分析家がナチズム期の1933年から1938年にかけてアメリカへ亡命してきた後のことである。オットー・フェニヘル（33年亡命、ロスアンジェルス）、ヘレーネ・ドイチュ（35年、マサチューセッツ）、パウル・フェーデルン（38年、ニュー・ヨーク）、ハインツ・ハルトマン（同）、ルネ・スピッツ（38年、トピカ）、フリーダ・フロム＝ライヒマン（38年、マサチューセッツ）、ハインツ・コフト（38年、シカゴ）らがその代表である。メキシコに亡命したエーリヒ・フロムやイギリスへ移住したメラニー・クラインも有名である。

こうして新大陸へ渡ったユダヤ系精神分析医らは、新しい土地でそれぞれフロイトとは異なる学説を唱え、精神分析医の創始者フロイトの説を継承するフロイト右派とは別の分派を形成していった。さまざまな分派が生まれたが、主なものとしては、自我境界などの概念を導入して精神分析の適用を統合失調症（分裂病）に拡大したフェーデルンら、児童分析を通じて新たな発達概念を導いたクラインら、フロイトの字が概念を改変し自我心理学を創始したハルトマンら、同じく自己愛概念を拡張して自己心理学と共感による分析治療をはじめたコフトら、社会心理学的な視点を持ち込んだフロムら、などがそれである。

ちなみに、戦後に至って、当初は神経症と統合失調症の中間に位置すると考えられた境界例 Borderline Case が注目を集めはじめたが、それを人格障害の概念で説明し治療しようとしたオットー・カーンバーグ（Otto Kernberg, 1928-）も、ヴィーンからアメリカ大陸へ移住したユダヤ系精神分析医だった。

こうした分派は、総じて神経症を主たる対象としていたフロイト精神分析の臨床適応を精神病者や、児童、一般人、自己愛性人格障害などの対象へと拡大する役割を果たした。やはりドイツからアメリカへ移住したレオ・カナー（Leo Kenner, 1894-1981）は、早期幼児自閉症 Early Infantile Autism の概念を提唱し、今日の自閉症理解に先鞭をつけた。

一方で臨死患者の精神療法については、スイス生まれで戦後アメリカへ移住して精神科医となったエリザベス・キューブラー＝ロス（Elisabeth Kübler-Ross, 1926-2004）は、臨死患者の精神的ケアに専念し、人間の生と死の意味を考察した。こうした動きは1960年代のホスピス運動によっても加速された。

精神分析とは異なるが、日本の森田正馬（1847-1938）が大正期を中心に考案した森田療法は、仏教的な思想（「あるがまま」）を核としたユニークな精神療法として世界に知られている。これは森田の死後も弟子を中心に継承されている。

また、医師ではないが浄土真宗の僧侶吉本伊信（1916-88）が戦後に考案した内観療法も、アルコール症や犯罪者の構成に役割を果たしている。³⁶

精神医学の将来

近代医学の成立とともに現れた科学的精神医学は、現代では、よりいっそう、その科学性を追及しているかのようである。精神薬理学の発達、脳内の神経伝達物質とその受容体の解明に支えられて、多数の新薬が開発の途上であり、今後は人間精神の異常を薬でコントロールしようとする傾向をますます強めるはずである。製薬産業は強打一過し、世界的な合併やトレードによって激しい開発競争へと突き進んでいる。CTやMRIという画像診断も、かつては未知の大陸であった脳という臓器の構造と機能を目に見える形で明らかにしつつある。近年のWHO国際疾病分類（ICD）やアメリカ精神医学会マニュアル（DSM）のように、診断名が公準化され、治療法や治療薬も国際的に標準化された。このような傾向は、精神医学におけるグローバリゼーションともいえる。

しかし、科学的な精神医学が患者の幸せに直結してのかといえ、そこにはやはり疑問が残る。人間の精神は単に物質のみによって説明し切れるものではなく、精神障害の治療もまた、薬物のような物質のみによって完遂できるものではない。そこには、どうしても精神療法のような質的な援助が必要となり、精神障害もまた人間の人生観・世界観といった質的側面と結びつけざるをえないであろう。³⁷

1-1-14. 精神医学史略年表

西暦	精神医学関連事項
BC348頃	プラトン死去
1090頃	岩倉大雲寺・滝治療伝説の発祥
1247年	ロンドン・ベスレムの起源
1315年	梶原性全『万安方』
1394頃	順因寺・灸＋漢方療法
1535年	ドイツ・ヘッセンの一般施療院
1541年	パラケルスス死去
1548年	ロリチウス「向精神薬」
1563年	ワイヤー『悪魔の幻想について』
1599年	浄見寺・漢方療法
1660年	サルベトリエール・ビセートル施療院／パリ
1732年	ヴォルフ『経験的心理学』

³⁶小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P207～212

³⁷小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P227～229

1784年	ヴィーン狂人塔
1789年	このころ、ヨーロッパ各地で「鎖からの開放」
1790年	石川島人足寄場
1794年	ヨーク・リトリート
1798年	カント『実践的観点から見た人間学』
1801年	ピネル『精神病に関する医学・心理学総論』
1803年	ライル「精神医学」
1805年	エスキロール「心因性精神病」ドイツ最初の「治療院」(バイロイト)
1807年	香川修得『一本堂行余医言』
1808年	専念寺・漢方療法
1809年	ハスラム『狂気とメランコリーについての観察』
1818頃	石丸癲狂院(石丸周吾、大阪)
1819年	土田獻『癲癩狂経験編』
1835年	プリチャード「モラル・インサニティー」
1842年	浅草非人溜に精神病者収容、ドイツ・イレナウに治療・療養院
1844年	ドイツ精神神経学会創立
1845年	グリージンガー『精神病の病理と治療』
1846年	小松川狂病治療所(奈良林一徳、江戸)
1851年	ファレル「循環性精神病」
1854年	バイヤルジュ「二重型精神病」
1857年	モレル「変質論」
1865年	チューリヒ・ブルクヘルツリ(最初の大学精神病院)
1868年	グリージンガー死去
1869年	パリ大学精神病院(サンタンヌ)
1870年	ヴィーン大学精神病院
1871年	ヘッカー「破瓜病」
1874年	カールバウム「緊張病」
1875年	京都癲狂院
1876年	神戸文哉『精神病訳説』
1879年	東京府癲狂院(上野)
1883年	クレペリン教科書初版
1884年	岩倉癲狂院
1886年	東京府癲狂院、巣鴨へ移転 帝国大学医科大学で精神病学の講義始まる フロイト開業

1892年	フォレル／精神病者の断種施行、 ピック／初老期痴呆
1894年	相馬事件最終判決
1895年	フロイト『ヒステリー研究』(精神分析)
1899年	クレペリン教科書第6版
1900年	「精神病者監護法」(日本)
1902年	日本神経学会創立(呉・三浦)
1905年	アルツハイマー／初老期痴呆、 ピネー／知能検査法
1908年	ヴィーン精神分析協会発
1910年	ベルリン精神分析協会発足、国際精神分析学会結成
1911年	ブロイラー『精神分裂病群』
1913年	ヤスパース『精神病理学総論』 野口英世、進行麻痺患者脳に梅毒病原体発見 クロイツフェルト／初老期痴呆
1917年	ヴァグナー・ヤウレツグ、マラリア療法開始
1918年	クレツチュマー『敏感関係妄想』
1919年	「精神病院法」、 東京府・巣鴨病院・松沢へ移転(府立松沢病院)
1920年	ビンディング+ホッヘ『価値なき生命に関する抹殺法律解禁』
1921年	ロールシャッハテストの開発 ヤコブ／初老期痴呆
1923年	クルト・シュナイダー『精神病質』
1926年	クレペリン死去
1929年	ベルガー、ヒト脳波の記録に成功
1932年	古沢平作、フロイトのもとへ留学
1933年	ナチ断種法制定、インシュリンショック療法(ザーケル)
1934年	日本精神神経学会(独立)、 カルジアゾール痙攣療法(メデュナ)
1935年	モニス、ロボトミー施行、AA誕生(米)
1937年	電気ショック療法の開発(ツェルレッティー)
1939年	フロイト死去
1940年	ナチ「安楽死」作戦(T4)、 「国民優勢法」の制定(日本)
1945年	東京大空襲による精神病院の被災

	ジョーンズ／デイケア・プログラム(英)
1946年	フランクフル『夜と霧』、 脳内ノルアドレナリン発見(スウェーデン)
1948年	「優生保護法」制定(日本) ICD-6(精神障害の国際分類)
1950年	「精神衛生法」制定(滝治療および私宅設置の禁止)
1951年	最初の向精神薬(クロールプロマジン)試用
1952年	セロトニン発見(スウェーデン)、 DSM-1 作成(米)
1953年	初の自殺防止電話相談(ロンドン)
1954年	クロールプロマジン発売(米ほか)
1955年	最初の抗うつ剤
1957年	ドーパミン発見
1958年	ハロペリドールの合成(ヤンセン)
1959年	ジアゼパム合成
1961年	英米で反精神医学の潮流発生
1967年	リフトン「生き残りの罪悪感」
1971年	新型抗うつ剤(SSRI)合成、 「東京いのちの電話」開設
1978年	バザーリア法(伊)
1980年	アメリカでDSM-3作成
1984年	宇都宮病院事件
1985年	否定傾向精神薬リスペリドンの合成
1988年	「精神保健法」施行(医療保護入院制度)
1995年	「精神保健福祉法」施行
1996年	「優生保護法」→「母体保護法」
2000年	「精神保健福祉法」の一部改正

1-2. 歴史的視野から照射した精神医学分析

1-2-1. ミシェル・フーコー

21世紀の現在、哲学の分野の中で1つの主流としての地位を確立している脱構築の手法を精神医学に応用したのがミシェル・フーコーだ。³⁸その際フーコーは歴史的な分析を狂

³⁸6章の主な参考文献はフレデニック・グロ、露崎俊和訳、『ミシェル・フーコー』、白水社、1998年、

気を対象にして行った。

1-2-1-1. 人間科学へのマルクス主義的批判

人間科学に対して、フーコーはそもそもの初めから批判的態度をとる。人間について、確実に、疑いえない諸心理を表明するものと自負する人間科学に対して、その言い分を却下する。

フーコーの最初の著作は、1954年、ジャン・ラクローを監修者とする小さな叢書の一冊として刊行される。タイトルは『精神疾患と人格』³⁹。フーコーは精神医学を2分する2つの流れがそれぞれ不十分と指摘する。一方において実証的精神医学は、精神疾患を大いなる永遠の本質のごとくみなしていると糾弾される。

他方、実存的精神医学（精神疾患のうちに単なる気質的問題を見ることを拒み、意味をなす態度をそこに解釈しようと主張する立場）に関しては、心の病苦を解きほぐすにはあたかも精神医のひたむきな感受性のみでこと足りるとでもいわんばかりに、人と人が出会い、意思を疎通させる奇跡のうちに精神疾患を解消しようとする意図が危惧される。

これらの精神の病理を記述することを可能にするだけで、決して説明するにはいたらない。というのも、フーコーにとって、精神疾患を説明するとは、精神疾患をある抽象的な医学的カテゴリーに封じ込めることでも、解明の鍵となりうる意味の経験に送り返すことでもなく、その歴史的次元を捉えなおすことにあるからだ。「歴史においてのみ、心的機構の可能性の条件が見出されうる。」⁴⁰精神疾患が異常なものと考えられうるのは社会が精神疾患を打ち捨て、排除するからにはほかならない。フーコーは歴史的経緯に一瞥を向けつつ、18世紀まで狂人は人間ならざるものの力に憑依された存在であることを示す。だが、この悪魔に憑かれた狂人という見方によって、中世およびルネサンスの世界の内部には、狂人のための一定の場所が確保されていた。狂人は墮落をめぐる1つの道徳的教訓を体現していたのだ。逆に、18世紀以降、狂気が人間固有の諸能力の損壊として考えられるようになるのであれば、「このような人間主義的視点からの疾病の捉え方から、病者を人間社会から排除する実践が生じてくることになる」⁴¹。あらゆる権利の剥奪、監禁、等々。かくして精神異常は、医学的な与件である以前に、1つの社会的実践である。ここにおいて、社会はその狂人たちに責任を負うものとされ、すべての精神病はその基盤を、資本主義社会によって強いられた存在の矛盾と葛藤のうちに見出すことになる。結局その点で、フーコーは資本主義生産体制の内部にいる限り、人間はその生存条件によって疎外されているというマルクス主義的概念を受け入れている。

³⁹ 邦訳、ミシェルフーコー、中山元訳、『精神疾患とパーソナリティ』、ちくま学芸文庫、1997年、以下『精神疾患とパーソナリティ』、

⁴⁰ 『精神疾患とパーソナリティ』、P148、(原著、79～80P、)

⁴¹ 『精神疾患とパーソナリティ』、P133、(原著、133P、)

1-2-1-2. 狂気の歴史

フーコーが『狂気の歴史』⁴²において記述したのは精神疾患の現象ではなく、狂気の歴史的次元における、西欧的理性の狂気の排除という盲点だった。

(1) 想像的主題としての狂気

ルネサンスにとって、狂気は隠匿すべきものではなく、そこかしこを流浪するものである。狂気にとっての象徴をなす場が〈阿呆船〉であり、そこでの狂人は通過する狂人として夢想すべく描かれる。⁴³その際狂気が表彰しているのは、世界の黄昏への締め付けられるような不安、おぞましき背後世界の襲来という脅威。狂人の錯乱状態にて解き放たれるのは、混沌の告知である。狂気はこのとき、妄想的な強迫観念として存在する。狂人は悪魔のごとき他界について語りやまず、その迫りくる侵入を、実際に迫った危険を告知する。ルネサンスは狂気の宇宙的経験に身をさらすが、ゴヤの素描とゴッホの油彩のうちに不意に姿を現すそのときまで長らく闇に葬られる。⁴⁴

だが、この狂気の悲劇的経験に孕まれる暴力性は真綿で包まれるようにされ、ルネサンス以降、〈文芸〉のうちへの狂気の現前が問題となる。エラスムスの『痴愚神礼賛』やモンテーニュの懐疑的な思弁において、狂気はもはや、奇想めいた変貌をこうむるべきものと夢想された世界との関係においてではなく、理性との関連性において捉えられる。すなわち、狂気のかけらもないようなところに、思慮分別のあるような理性もない。確かに、狂気が理性との対立項図式において批判的に容認される事態の中で、狂気は幻想性に由来するその威光の多くを失いはするが、狂気は理性の絶え間なき論争相手という立場を保持する。⁴⁵

デカルトが『省察』の中で（いずれ根源的にして確実極まりない心理に到達しうらだろうという希望に導かれつつ）根本的懐疑という企てに踏み込んだデカルトが、狂気の可能性を排除する日、古典的〈理性〉は狂気と運命を共有することを拒絶する。狂人たちは船出するのではなく、幽閉されることになる。⁴⁶

(2) 閉じ込められる狂気

1656年に布告された一般施療院設立の勅令⁴⁷のうちに、フーコーは「古典主義時代の狂気経験の中で最も可視的な構造」⁴⁸を見ようとする。フーコーの見解によると、17世紀

⁴² ミシェル・フーコー、田村俣訳、『狂気の歴史—古典主義時代における』、新潮社、1975年、以下『狂気の歴史』、

⁴³ 『狂気の歴史』、P25～30、原著P18～24、

⁴⁴ 『狂気の歴史』、P33～38、原著P27～33、

⁴⁵ 『狂気の歴史』、P38～52、原著P33～47、

⁴⁶ 『狂気の歴史』、P65～68、原著P56～59、

⁴⁷ 本論文1-1-7を参照。

⁴⁸ 『狂気の歴史』、P68、原著P59、

は監禁の空間を創出した時代である。ほどなくして、あらゆる浮浪者、失業者、無為怠惰なもの、乞食、貧民、流浪する狂人が施設に収容される（パリの人口の1%）。監禁の要請は、第1に、〈貧困〉の意味の変化を示唆している。貧困はその存在に意味（キリスト的人物としての貧者）をあたえていた聖なるものの経験ではなく、社会福祉という問題に送付されるようになる。他方、社会の外縁にはじき出された住民たちを施設に収容することは、失業と、失業によって表象される社会的危険とを人工的に解消しようとする意思の表れでもある。だが、これらの場合は、監禁された者の品行を高めるべき効果を期待された強制労働の場でもあった。最後に、これらの大規模な収容施設は、「道徳秩序に関わる監獄」⁴⁹に収監し、〈善〉の法に服従することを強いるブルジョワ的ユートピアを具現化するものでもあった。⁵⁰

施設の薄暗い回廊には、やがて、浮浪者や貧民ばかりではなく、浪費家、瀆神者、自由思想家、放蕩者の姿が見られるようになる。収容された住民たちは、全体として（現代人の目からすれば、その中身はあまりにも種々雑多であり、現代の感受性にとって、失業者と自由思想家、乞食と呪術師、男色者と貧民とのあいだにいかなる共通性をみいださるか、考え込まざるをえないのだが）、フーコーにいわせれば、一貫したまとまりをなし、あるひとつの世界—行動における無秩序ぶり、家族、宗教、市民社会の諸価値に対する非順応性からなる領域に相当する〈非理性〉⁵¹の世界—をかたちづくっている。この世界は、古典主義時代の知覚にとって、あまりに均一的であったため、単調な画一性をもって遂行される収容という大規模な実践のうちに一律に回収されるべきものであった。古代は聖性をも保持していた狂気や狂人は〈非理性〉の世界に閉じ込められ、道徳的知覚によってのみしか把握されなくなってしまう。狂気は醜聞となり、公共秩序を乱し、家族の名を汚し、異常性愛と一体を成す。狂気はこのようにして、監禁施設を囲む壁の裏側で、想像的次元に属する宇宙的悪夢であることをやめ、われわれの道徳意識を憤慨させる恥ずべき対象へと醸成されていった。

フーコーによれば、実践の次元において、狂気の社会的待遇はいつさいの医学的配慮と無縁であるということに充分留意する必要がある。つまり、この処遇を取り巻く具体的な所作を通して、狂人は古典主義の世紀において基本的に道徳的かつ社会的な懸念の対象であったことが理解されるのである（狂人は混乱の扇動者とみなされる）。狂人を施設に閉じ込めることは、治療を目的とした拘禁ではない。

（3）妄想としての狂気

すなわち、収容という大掛かりな実践は人に罪過を負わせる道徳意識に照らして狂気を

49 『狂気の歴史』、P 94、原著P 89、

50 こちらの資本主義支配に関しては、ロシアの債務監獄ЯМАに関する記述を参照。

51 〈非理性〉という語によって、フーコーは、17世紀の道徳意識がその諸価値に反するゆえに排斥するものを表している。今日われわれが「精神疾患」の名で呼ぶものは、その一部、とはいえ他の多くの烙印を押された「欠陥」群の一部をなすにすぎない。

認定することを可能ならしめるものであり、フーコーは、ここまで、この実践の分析を通して狂気がどのように知覚されていたかを把握しようと試みてきたのだった。第二部では、狂気の性質を確定しようとする（医学的あるいは哲学的）テキストの考察が試みられる。この狂気の理論的理解は、フーコーにとって、狂人を取り巻く一連の社会的身ぶりとは並置されるものであった点を看過してはならない。古典主義時代は、一方において、狂人を閉じ込め、他方、狂気の性質を考究するのだが、この二つの経験が直接に交わることはない。

狂気を扱った古典主義時代のテキストすべてにおいて、まず目をひくのは、それらが抱える矛盾した性格であり、狂気を規定するにさいしての徹底的な曖昧さである（第二部第一章「種の園における狂人」、第三章「狂気の形象」）。そこに余すところなく表現されているのは、狂気の古典主義的経験そのものなのである。

古典主義時代の医学が狂気を説明しようとするとき、医学的省察の運動は奇妙な渦に巻き込まれるように見える。狂気の原因は多種多様で捉えがたい。たしかに、「近接的」と呼ばれる原因は脳の異変に由来しているが、「遠隔的」原因は、人生の一齣における些細な事件からちょっとした天候の異変にいたるまで、あらゆるものを含みうる。この2系列の原因は、協力して、情念の変調というただひとつの結果をもたらす。だが、情念は、狂気にとって、最初の表現形態にすぎない。いささか強烈な情念は、軽い狂気の状態を示すものでしかない。古典主義時代は、妄想の絶頂状態のうちにこそ、まさに狂気の秘密を見いだしようとする。フーコーは次のような例を挙げる⁵²—自分が死んでいると信じるものが本当に狂人かといえば、それはごく健康な人の夢のうちにも到来しうる誤まった信念にすぎない。ところが、自分が死んでいると信じるがゆえに、食事を摂ることを拒み、自己を正当化するため、死者は食事を採らないという事実について延々と弁論を繰り返すものは、当然ながら、まぎれもなく狂人である。狂気を定位するのは、それゆえ、ランゲージュの構造である。というのも、狂人は推論を行うからだが、その論拠は妄想に求められる。狂人は言語の明晰な形式を用いるが、それは夢想の非現実的な光景をその形式のうちに顕現させるためである。言語の光り輝く構造が漆黒の夜の底から浮上した映像と結びつく、まさにこの事態こそが古典主義時代にとっての狂気に他ならない—ルネサンス全体が、狂気を、他の世界について語るものとして経験した（宇宙的経験）のに対し、狂気が解き放つのは〈存在〉の虚無であり（存在論的経験）、明るみに出された純然たる欠如であった。狂気はその本性において絶えず理論家たちのもとから逃れ去るように見えるとすれば、それは彼らが狂気の何たるかを十分に心得ていないからではなく、狂気はなにものでもないことを彼らに向かって連呼する時代の声に、彼ら自身がひそかに応じているからなのである。

（４）狂人保護院における狂気

先立つ時期、狂人は混乱の扇動者の一群のうちに押し込められ、本質的に道徳的な知覚の対象とされ、医学的配慮に値するいかなる処置も講じられぬまま放置されていたのだっ

⁵² 『狂気の歴史』、P 254、原著P 251、

た。しかし、フーコーは18世紀の中頃、監禁施設に医師が出現することを認める。だが、それは、狂人が不意に病者と認定され、ついに治療の対象となるからではない。伝染病の恐怖が医師の駐在を要請したのだ。したがって、歴史的に見れば、狂気と医学的世界との最初の接触は、思いやりに突き動かされてのことではなく、狂気という緊急事態の産物だった。医師は狂人の介護をするためではなく、他の者たちを守るために召集される。狂気は、ここにおいて、往事の想像的威光を取り戻すが、何かが変わっている。狂気は異界の脅威としてではなく、本能の爆発として、人間の欲望のとめどなき傲慢のうちでの性愛と死の混沌として夢想される。狂人が特殊性を獲得し始め、それまで〈非理性〉の運命を共有してきたあれらの放蕩者や貧窮者たちと袂を分かつにいたる端緒は、とりわけ、収容空間そのものの内部に発する。この差異化の主要な徴候は「18世紀中頃、精神錯乱者のみを収容する一連の施設が開設されること」⁵³に見られる。この隔離には政治的価値がこめられている。蕩児や無信仰家、およびその他の自由思想家のうちに、人々は専制君主制の犠牲者の姿しか見ようとしなくなるのである。〈非理性〉の大いなる統一は崩れさる。王政の犠牲者たちが哀れな狂人たちと同列に置かれるのは目に余る事態とされる。狂人たちを同じ場に置くことは、どう見ても他の者たちにとってあまりに屈辱的な仕打ちであるため、狂人たちはやがて隔離されるようになる。他方、経済的かつ社会的な省察は、総じて、貧困を収容によって困いこむことの愚劣さを結論する（貧しい病人のみが公的措置の対象となるべきであろう）。フランス大革命はほどなくして、法的根拠を欠いた監禁措置全般を専制政治の遺物として廃止する。これらの政策が狂人の境遇に及ぶことはなく、狂人に対しては固有の空間を整備することが企てられる。そこを起点として、やがて、新たな経験が表明されていくことになるこの再整備の構造こそ、フーコーが考察しようとするものである（第三部第三章「自由の正しい用途について」）。それは監禁空間の漸進的医療化であり、科学的視線の客観性というかたちをとった狂気の把握であり、責任能力という問題提起によって狂気と犯罪とを一括する新たな総合である。1790年代の医学的および政治的なテクストを入念に考察することによって、唯一の結論が導かれる。精神医学が、いまだ、ピネルが旧来の監獄を巡察し、拘禁された狂人たちを解放したその時点をもって、みずからの出生の日付とみなしているにせよ、大革命は狂気を開放したわけではない。大革命は狂気を医療化した一すなわち、医学的な、一義的な定義のうちに、〈他者〉（医師）の客観化するしせんによってしか狂気とその真理を見出しえない場所に、狂気を幽閉したのである。フーコーによれば、疾患であることに狂気の真理があるという突然の輝かしい発見が、博愛主義者の医師たちによってなされたわけではない。狂気はそのようにして、単なる監獄に幽閉されずにすむという自由を獲得したわけではなく、狂気のために整備された空間においてようやく介護されるという自由を得たにすぎない。フーコーにとって、19世紀以降の狂気の歴史の全体は、狂気の周囲に捕捉装置が整備されていく課程として理解されなくてはならない。狂気は押しつけられた医学的自己同一性のうちにたちまち固定され、

⁵³ 『狂気の歴史』、P407、原著P404、

相変わらず監禁され続け、ただ監禁の意味だけが変化する（矯正の為ではなく、治療のために閉じ込められる）。客体化する構造のうちに狂気がこのように疎外される事態を、フーコーは19世紀初頭の治療譚の中に再発見する。初期の狂人保護院のすべての「治療」活動は、フーコーの見るところ、罪悪感の移植に存している。〈威嚇〉〈侮辱〉〈審判〉〈監視〉などの療法は、この目的に沿って用いられる。古典主義時代が幽閉という外的境界線によって画定した狂気と理性との分割を、近代の心理療法は狂人と狂人自身とのあいだに設定される内的距離として継続させようとする。狂人は、最終的に、みずからの狂気を過誤として感じるにいたらねばならない。

（5）心理学の誕生

19世紀における狂気の運命を素描するにあたり、著者は、結局のところ、自分が書いたものは「心理学の出現それ自体を可能にしたものの歴史」⁵⁴であったことを確認する。この点がいまや理解されなくてはならない。心理学の誕生は、いかにして、狂気の近代的経験という物語の内部に記入されるにいたるのか。狂気の近代的経験、われわれはそれを人間学的と形容することになる。それは、狂気が宇宙的次元で捉えられる（ルネサンス）のでも、喪われた〈理性〉の空虚な痕跡とされる（古典主義時代）のでもなく、人間的真理を開示するものとなる、という意味において。狂気が語るのは人間の諸能力の破綻であり、人間の言語の、そして行動の混乱である（言葉を正常に用いる能力の喪失、時間空間や空間感覚の機能障害、等等）。だが、それは狂気がついに人間の顔をもつようになったというにとどまらない。さらに先へと進み、ある苦渋なる思考に直面しなくてはならない。フーコーがわれわれに語ろうとしているのは、狂気に対するこの歴史的関係こそ、まさしく、人間がみずからを真理として捉え、科学的対象とみなすことを可能ならしめたものだという事である。あるひとつの人間の科学が構築されていくそもその始まりは、狂気の人間学的経験のうちにある。

人間を対象とする諸科学はつねに、その成立に際して、負の経験に支えを求めた。ある種の言語学は失語症の分析をもとにして築かれ、記憶の心理学は健忘症の研究を基礎にして記述され、ある種の社会学は自殺の検討に基づいて組み上げられると言う具合に。あたかも、あらゆる人間科学は、まさに人間的真理の喪失が表明される経験を基盤としてしか、実定的な真理を言表できなかつたともいうかのように。そこで問題となるのは、心理学が狂気の経験に対して負う歴史的依存である。かくして、心理学が狂気を説明し、その最終的意味を取り出しうるというのではなく、われわれが狂気に関して有する経験こそが、むしろ、心理学が歴史のうちに出現することの理解を可能ならしめるのである。だがこの依存関係を明るみに出すことは、ただちに、批判としての効力を発揮する。というのも、あるひとつの学問が、その相対的な明晰さを、あらゆる真理が失われていく狂気の闇からしか引き出しえないのだとすれば、いかにして人間についての実定的な諸真理を言表する

⁵⁴ 『狂気の歴史』、P 550～551、原著P 548、

と主張しうるのだろうか。

1-2-2. 狂気の歴史学

1-3. 哲学的視野から照射した精神医学分析

1-3-1. ギリシャ時代の哲学者たち

ギリシャ時代に、その後西欧思想となる人間学の考え方の基礎となる古典哲学が隆盛を迎えた。そのうちソクラテスは、主観性を掘り下げることがを薦めている。自らを明らかに照らしえた人間だけがよき存在でありうるからであり、理性と欲望の争いに悩まなくてすむからだ。

プラトンは、霊が身体と結びついて墮落したと考えたのだが、そこでまずこれを葛藤の核心に置いている。そこには三種類の霊が考えられていて、それぞれが階層をなしてつながり、それが人間性の基礎をなしている。最も高度な例、それは理性をわきまえた霊だが、これは脳に位置していて、認識を行うだけで不死の性格を持っている。最も低い霊、栄養に関わる霊は、肉欲の場であり、愛欲、物欲、食物にたいする欲望の場である。これは肝臓に座を占めている。中程度の霊、勇気に関わる霊は、心臓にあって興奮や怒りによって表現される。理性が眠るとき、肉欲はめざめて夜に現われる（『国家』10巻）。

アリストテレスの論説で最も重要なのはカタルシス理論であり、身体浄化と霊の純化がここで相接近している。詩学で、悲劇から導かれた感情に関して用いられたために、このギリシア語カタルシスは、現在では、表出を促して内的葛藤を開放するすべての技法をさすのに用いられるようになった。

さらに、3世紀ギリシア世界の知性の府アレクサンドリアにおけるグノーシス派と神秘文学の驚くべき思弁も挙げておかななくてはならない。⁵⁵

1-3-2. モラリストと心理学者たち、情念の理論

デカルトはアリストテレスの3つの霊のうちの1つ、思考する霊だけを残した。デカルトは、人間に二つの実体を、「明瞭で透徹した思念」を持つ思考とその広がりに対応する、霊と身体を認めている。『情念論』（1649年）と『人間論』（1632～1664年）で見られるのが、彼の思弁的神経生理学の目指すところである。デカルトは、霊と身体二元論を立てることによって、心理学と精神医学を窮地に陥れた。なぜならば、すぐれた方法によって裏づけされることが無かったからだ。

そこで、彼の好敵手あるいはその人たちの批判によって、必要な修正が施されることになる。パスカルやロック、ライプニッツやスピノザは精神医学に影響を与えた。⁵⁶

1-3-3. 18世紀における哲学者の寄与

18世紀は、精神の医学の進歩に哲学者の果たした役割が大きい。経験主義と感覚論に

⁵⁵ イヴ・ペリシエ、『精神医学の歴史』、P30～32、

⁵⁶ イヴ・ペリシエ、『精神医学の歴史』、P73～76、

より、観察の対象とその方法が、独断論の地平から解き放たれた。人類愛と啓蒙主義的精神により、病者に対してもより人間的な態度が呼び覚まされ、それが正当なものとされていった。結果は容易に実るものではなかったが、18世紀を通じて収穫への力が働いている。

ロックは、同時代人たちにはっきりとした研究領野、すなわち感覚を指示した。彼は、悟性が、官能に与えられたものに働きつつ、認識の仕事に参加してゆくことを認めている。バークレーは、唯一の現実として、知覚と、知覚する主体とを認めた。ヒュームは『人間の本性についての論稿』（1937年）を書き、これに心理学的観察を集めたが、それでは、感覚により形成された現象の集まりだけを、現実として認めようとしている。

18世紀の哲学特に啓蒙主義の運動は、人間への信頼を示すものであり、ルソーにおけるように人間の真の本性に立ち返ることに始まり、百科全書家の場合のように理性と科学の進歩によってふくらみ、カントの批判によって確かなものとなった。ここから、ヴォルテールにみられる寛容を求めての弁護が生まれる。

個人の尊重、自由の崇拜、教育と理性への信頼は、改革派の医師たちにとって忘れえぬ教えとなってゆく。⁵⁷

イマヌエル・カント (Immanuel Kant, 1724-1804)

イマヌエル・カントは当時のプロイセン王国の首都ケーニヒスベルクに生まれ、生涯その町から出ることはなかった。哲学を学んだのも、また後年それを職業として教えたのもケーニヒスベルク大学だった。

カントははじめ、ライプニッツの自然哲学やニュートン力学に影響され、天文学に興味を持ったが、やがて人間の精神界に目を転じ、人間が物事を認識するプロセスに着目する。その過程で、人間の思考を規定する理論理性と、道徳や意思に関与する実践理性の2つを区分した。前者は悟性・感性からなり、そらに悟性には概念・判断・推理能力が、感性には感覚・直観力がそれぞれ属していると規定する。そのうえで理性や判断力の限界を吟味したものが、彼の批判哲学である。そこでカントは更に狂気の問題にも足を踏み入れる。

カントにとって狂気とは、悟性または認識の障害である。すなわち狂気は、もはや単なる身体疾患のように精神以外に原因をもって現れるものではない。いわんや、悪霊や神罰のように、人間の外に存在する神秘的な原因によるものではない。それは紛れもなく人間精神の内部に備わった悟性の障害にほかならない。

そのうえでカントは精神病を次のように分類する（『実践的観点からみた人間学』1798年）。

- (1) 心気症
- (2) メランコリー
- (3) 熱性譫妄

⁵⁷ イヴ・ペリシエ、『精神医学の歴史』、P90～93、

(4) 発熱のない狂気（フェアリュックまたはヴェサニア）

この分類のうち、第1の心気症は最も軽い精神病であり、第2のメランコリーは部分的狂気である。第3の熱性譫妄は狭い意味での狂気には当たらないとされている。すなわちカントにとって本当の狂気とは、第の発熱を伴わない狂気である。この狂気こそ、理性の障害であり、悟性の誤りである。

なお、カントは精神病の遺伝を否定していない。⁵⁸

静かな狂気と騒がしい狂気

それではカントにとって、この本来の狂気、発熱を伴わない狂気とはいったいい何を意味していたのだろうか。——そこに、実は近代精神医学誕生にとってきわめて重要な意味が隠されていた。

一般に、それまでの狂気と言えば、意識の変容あるいは感情の激しい変化（怒り狂う）こそが精神病を表す言葉の起源であったように、おおむね外部から見て、何らかの目だった変化を伴う現象と考えられてきた。それらは外見上、派手で騒々しい「狂った人々」のイメージにほぼ相当するものと言ってよいだろう。しかし、狂気とはそもそも、傍から見て明らかに区別がつくような激しい外的変化を伴う現象だけであるのか。むしろ、一見しては狂気と分からないような、「静かな狂気」は存在しないのだろうか？——それは自己の世界に閉じこもり、周囲との交流を欠いた「変わり者」なのか、軽症の目立たない精神病なのか、あるいは持続的な人格の病なのか。おそらく、それらを含む、いわば明確な精神病と正常真理との中間にある状態を指すのであろう。そしてこのような中間領域は、もちろんカントの時代になってはじめて現れた新しい現象ではなく、それまでも知られていたものであろう。ただ、カントはそのような状態こそ、真の精神病であるとした。それゆえカントは、このフェアリュックハイトの治療は、悟性の誤りを言語的に指摘し強制する心理的な治療でなければならず、それは医師の役目ではなく心理学を理解した哲学者の仕事であると述べている。熱にうなされて妄言をはく精神病や、それまでの騒々しい狂気とは異なり、薬草を与えたり拘禁したりしても無意味だとカントは主張しているのである。

ここに、それまでの狂気観の決定的な転回が存在する。すなわち、「騒々しい狂気から静かな狂気へ」、「拘禁の対象としての狂気」から「言葉すなわち心理的治療の対象としての狂気へ」という評価軸の基本的転換である。⁵⁹

ジャック＝ラカン

ジル＝ドゥルーズ、フェリックス＝ガタリ、

⁵⁸ 小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P89～91、

⁵⁹ 小俣和一郎、『精神医学の歴史』、P91～93、

1-4. 文化人類学的視野から照射した精神医学分析

文化人類学的視野から照射した精神医学分析が明らかにするのは、精神医学が相対的な学問だという事実だ。ある文化に特有の現象、信念や行動パターンはその文化の文脈からとりはずしてしまえば、奇妙かあるいは非道徳的に見えるかもしれない。例を挙げよう。臨床場面で非西欧人が「はい」という返事をして、それは患者の治療者への同意を意味しないことが多く、単に患者の敬意を表しているに過ぎないかもしれない。⁶⁰中国人は家族的結束が強く、孝行心が強調されるので、中国人の若者は成人しても両親に強く結びついたままである。したがって文化的要素を考慮に入れなければ、彼らの多くはアメリカ人の医者から見れば病的に依存的であるとみなされる可能性がある。⁶¹伝統的な農村社会に住むアフリカ人及びアジア人、(そしてアパラチア山脈のような遠い孤立した地域に住む「西欧人」)たちは、病気や災難を魔法によるものと考えがちである。

1-5. 社会学的視野から照射した精神医学分析

1-6. 言語学的視野から照射した精神医学分析

1-7. 進化ゲーム理論から照射した精神医学分析

1-8. 文学に関する狂気の描写について

1-9. 文学理論から照射した精神医学分析

2. ロシアにおける精神医学史

3. ロシア文学に於ける狂気の言説

4. ドストエフスキー『カラマーゾフの兄弟』に於ける狂気

総括

参考文献

作田勉『精神医学と言語学』、混合出版、1984年。

E.H.アッカークネヒト、『精神医学小史』石川清、宇野昌人訳、医学書院、1976年、
長谷川寿一、長谷川万里子、『進化と人間行動』東京大学出版会、2000年、

ミシェル・フーコー、田村俣訳、『狂気の歴史—古典主義時代における—』、新潮社、1990年、

小俣和一郎、『精神医学の歴史』、第三文明社、2005年、

大平健、町沢静雄編、『精神医学と文化人類学』、金剛出版、1988年、

三好暁光、『精神医学と哲学』、金剛出版、1993年、

イヴ・ペリシエ、三好暁光訳、『精神医学の歴史』、クセジュ文庫、1974年、

エドワード・ショーター、木村定訳、『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、

60

61

ミシェル・フーコー、中山元訳、『精神疾患とパーソナリティ』、ちくま学芸文庫、1997年、
フレデニック・グロ、露崎俊和訳、『ミシェル・フーコー』、白水社、1998年、
ミシェル・フーコー、田村俣訳、『狂気の歴史—古典主義時代における』、新潮社、1975年、