

*Encyclopedia of Clinical Psychiatry*

臨床精神医学講座

第1巻 精神症候と疾患分類・疫学〔別刷〕

ヨーロッパの精神医学における疾患概念と臨床の歴史的概観

鈴木晃仁



中山書店

1998. 4. 10.

## II

# ヨーロッパの精神医学における 疾患概念と臨床の歴史的概観

## 1 | ヒストリオグラフィの問題

かつて科学や医学の歴史は単線的な進歩の歴史としてオブティミスティックに描かれることが普通だったが、1960年代ころから特に英米の科学史家の間でこのタイプの史観は“ホイッグ史観”と呼ばれて厳しく批判され、現在ではこのモデルをナイーブに受け入れる科学史家・医学史家はほとんどいなくなった。「ホイッグ史観の乗り越えとそれに替わる別種の枠組みの模索」というのが、近年の科学史・医学史研究の多くがたどった1つの大きなパターンである。精神医学の歴史においては、しかし事態はかなり異なっている。精神医学という学問の進歩を言祝ぐという単純な意識で歴史が書かれることは、そもそも比較的古くからであった。例えば E. Kraepelin は、彼自身の世界的な影響力の絶頂ともいえる 1917 年に出版された『精神医学百年史』の冒頭に、「最も自信を謳う者にさえ、精神医学の知識と技能は果たしてよくいうに足る進歩をなし得るものか疑念を迫ってやまない」と記している。この一節が象徴す

る自らの学問の“進歩”の可能性に対する根本的な疑い、楽天的な進歩史観からほど遠い精神が、精神医学の歴史記述が伝統的にもっている1つの特徴である。

こういった事情もあって、現代の精神科医の間でも精神医学の“歴史”は過ぎ去った時代の遺物とは受け取られていないことが多い。現代の状況にも通ずる洞察 (K. Jaspers いうところの“古びることのない持続的な価値”) を精神医学の過去から学ぼうとする精神科医たちの熱意は、諸外国においても日本においても医学の他の学科に比して際だって高く、多くの傑出した精神科医たち自身が広範囲の文献の渉猟と鋭い問題意識に基づいた優れた精神医学の歴史を発表してきた。そのような精神科医による精力的な歴史研究は、精神医学の歴史を忘却と骨董品の愛玩から救い出したという功績をもつと同時に、基本的なヒストリオグラフィ historiography 上のいくつかのバイアスも作り出したことは否定できない。ここで基本的なバイアス」といったのは、精神医学上の特定の手法や“学派”への歴史的肩入れに基づく偏向、というありがちな傾向 (例えば、G. Zilboorg の

『医学的心理学史』に顕著なフロイト流精神医学の勝利史観) だけではない。それ以上に重要なことは、歴史に問いかけてられている問題そのものの範囲の狭さである。

かつての精神医学史の記述の焦点は精神医学の学説であった。これら理論や概念などの精神医学の知的なアスペクトの発展をたどることが精神医学の歴史を理解するのに重要であることはいうまでもない。しかしながら、精神医学という営み総体の歴史は、精神医学の“理論史”、“観念史”だけでは汲み尽せないことは明らかである。とりわけ、これまでの視角からすつぽりと抜け落ちてしまっているのが「精神医が現実は何をしたのか」という精神医療の“実践の歴史”である。例えば、精神科医たちは日常的にどんな療法を用いていたのかという治療の歴史や、彼らはベッドサイドで具体的に何をしていたのかという臨床の歴史など、E. Ackerknecht にならっていえば精神科医たちの behavior の歴史について、これまでの精神医学の学説史はせいぜい断片的な記述を与えてきたにすぎない。

理論史への偏りの1つの理由は、〈出版・発表された書物や論文からは、精神医学の実践の歴史はヴィヴィッドに浮かび上がってこない〉という資料の性格の問題である。そのような反省に基づき、この20年ほどで特に英米で顕著になった新しい精神医学史研究の大きな特徴は、私信、行政文書、精神病院の記録などの比較的アクセスが難しい資料の検証から、過去の精神科医たちの毎日の実践に光を当てようという試みである。このような研究は、これまで知られていなかった精神医療のアスペクトを明らかにすることだけではなく、〈どんな実践の状況から新しい理論が生まれてきたのか〉、〈ヒステリーやモノマニーなど、特定の疾病観念はなぜ流行したり廃れたりしたのか〉など、これまでの理論や観念の具体的な背景を明らかにするこ

とで、学説史の領域にも貢献しようとしている。

よりコントロールヴァーシャルな、しかしインパクトの点でははるかに大きかった理論史批判の視点は、いわゆる反精神医学の息吹がかかった歴史家たちが提出したものである。この流れのヒストリオグラフィのなかで最も影響力があったのは M. Foucault の『狂気の歴史』、特にその序言で Foucault が自らの著作の目的を定義した部分である。Foucault は、これまでの精神医学史を「狂気についての理性の側のモノローグ」としての精神医学の歴史であると批判し、「理性の歴史はすなわち狂気が排除される歴史である」という視点から、彼自身は「狂気と理性の両者が対話していた「つぶやき気味の不完全な言葉」が失われ沈黙していく過程の考古学」を意図している、と宣言した。『狂気の歴史』で Foucault が提出したさまざまな歴史上のテーゼの多くは厳しい実証的批判にさらされ、「理性が狂気を排除する」という (コアにおいては) 善悪二元論的な単純なモデルは後に Foucault 自身によっても批判されることになるが、彼のアプローチの基本にある〈精神医学の歴史は、理性と狂気の2つの声対話したり争ったりすれ違ったりしながら響き合う歴史でなければならない〉という魅力的な構想は現在も多くの研究者を引きつけている。

しかし、『狂気の歴史』で Foucault が用いている歴史資料に目を向けたときに、いくつかの効果的だが孤立した挿話を除けば、その中核になっているのは医師たちが出版した書物や論文などの伝統的なタイプの資料、彼にならえば“理性のモノローグ”と呼んでよい資料である。この資料的な欠陥を矯して、狂気と理性との対話・対決の現場に直接光を当てるような資料のソリッドなリサーチに基づいて、精神医学の歴史を Foucault が構想したような2つの声が響き合う歴史として書き換えようという試みが最

も成功しているのは、R. Porter をはじめとする英米の歴史家たちの仕事であろう。歴史学のディシプリンにおいて“下からの歴史”と呼ばれる無名の民衆に光を当てようとする社会史のアプローチを精神医学史に導入する形で、彼らは Foucault も含めたこれまでの精神医学史ではほとんど用いられることがなかった新しいタイプの資料——膨大な精神病院のカルテ、精神病患者の処置をめぐって医者と患者や患者の家族の間にかわされた手紙など——を積極的に用いて、精神科医と患者の出会いの歴史に関するモノグラフを発表している。

以上に概観したように、近年の精神医学の歴史は、古典的な精神医学理論の変遷の歴史が緻密に充実していくのに加えて、新しい視点と資料に基づいた研究が続出するダイナミックな研究領域に成長してきた。この小論の目標は、上に素描した新旧のヒストリオグラフィの成果をできるだけ多く盛り込みながら、主として18世紀と19世紀のヨーロッパにおける精神医学の発展の歴史をたどることである。人名と書名やトピックの簡単な紹介の羅列になることを恐れて、いくつかの精神医学の歴史の上で鍵になる主題を選択して重点的な記述をするスタイルをとった。最後に付した文献案内に優れた総説やそれぞれの主題に関するモノグラフを記したので、この時代のヨーロッパ精神医学史に関するより広く深い理解を得たい向きは、それぞれの研究を参照していただきたい。

## 2 | 18世紀の精神医学

Foucault は「狂気の歴史」のなかで最も著名な“大いなる閉じ込め”と名付けられた章を R. Descartes の『省察』の分析で始めている。Descartes の懐疑においては狂気はあらかじめ理性の世界からきっちりと排除されている、か

つて理性と狂気の境界の曖昧さを強調し狂気という言葉のなかにきらめく英知をちりばめた M. Montaigne や Erasmus のルネッサンス思想とは根本的に異なる態度を Descartes は表明している、と Foucault はいう。しかし同じ Descartes の『光学』のなかに全く正反対の解釈ができる議論がある、そこで Descartes が述べているのは〈我々の知覚は本質的に狂人の妄想と似ている〉という知覚論である。

Descartes によれば、知覚される対象から飛んできた微小の流体が私たちの感覚器官に衝突して刺激を与え、神経管のなかを満たしている動物精気の玉突きによってその刺激が次々と伝達されて最終的には精神の“座”に到達すると、対象の心的イメージ（“観念”）がわれわれの心に浮かぶ。このモデルの最大の新機軸は、われわれが何かの観念をもつのに必要なのは、最終的には〈精神の座に動物精気が衝突すること〉であるというポイントであった。言い換えれば、対象が実在しなくても何らかの原因で精神の座に動物精気が衝突すれば、われわれは“観念”をもつ。これを例証するために Descartes は3つの例をあげた。“目から火が出る”現象、夢、そして狂人が現実には存在しないものを知覚したと思いつく妄想である。ここで強調されなければならないのは、Descartes が狂気を用いて正常な知覚を説明していること、狂気と正常な知覚は重要なポイントを共有しているとされていることである。

この Descartes 流の狂気理解、〈精神の座や神経に何らかの刺激が加わることにより、外界の事物に対応しない観念を心が持つこと〉というモデルは、“全ヨーロッパの医学教授”と呼ばれたほどの絶大な影響力をもったライデン大学の H. Boerhaave (1668~1738) が彼の教科書で採用したこともあり、17世紀後半から18世紀前半のオランダ、フランス、イギ

リスなどヨーロッパの先進地域の医学書を席卷した。この狂気の“幻覚”モデルが17世紀から18世紀の医学理論家たちに広く受け入れられたのは、当時の精神医学の理論に依然として根本的な影響を与えていたキリスト教形而上学、特に靈魂不滅の理論の影響によることが大きい。16・17世紀から18世紀、ドイツにいたっては19世紀の半ばまでの、ヨーロッパの医者たちが狂気の理論を作るときに最も意識したのは靈魂不滅の学説である。人間が狂気になることは靈魂の属性である理性を失うことを意味し、靈魂が損なわれることがありうることの証拠である、すなわち靈魂が不滅・不死であるという説は誤りである——かいつまんでいうと Lucretius 以来の論客たち、特にキリスト教に対して批判的な論者たちはこのような議論を組み立てた。これに対し医者たちは靈魂不滅の教説を擁護するために、精神の機能のなかで狂気において損なわれる部分を限定する論理をあみだした。〈狂気においても理性そのものは狂っておらず、荒れ狂う狂人においても靈魂そのものは全く損なわれていない。狂人が狂っているように見えるのは彼の想像力が乱れた観念を作り出しているために、それを受け取った理性が混乱しているためである。喩えて言うなら、伝令(想像力)が狂っているのであって、司令官(理性)は伝令が伝えた間違った情報(幻覚)を信じ込んでしまっているのである。〉——狂気をこのように理解することで、医師たちはキリスト教の教義にかかった精神医学の理論を作り出そうとしていたのである。神経刺激の機械的伝達の故障という病理モデルを使いつつ、狂気を基本的に“感覚”の問題にすることで、理性などの高次精神過程を損傷の範囲から外してキリスト教形而上学の要請を満たす、という機械論の間人観とキリスト教の両立という近代初期の医学全体の大きな関心に沿った狂気の理論

が作られたのである。

このタイプの学説の1つの特徴は強い身体主義への傾斜であり、“精神そのものの異常”の問題の不在である。狂った精神それ自身を問題にすることは、上述の靈魂の不滅性の問題に抵触する可能性があると同時に、神学者や哲学者の領分に入り込むことであった。それゆえこの枠組みのなかでは、狂気における身体(特に脳や神経系の異常)を明らかにすることに力が注かれ、狂人の精神の働きの乱れそのものが問題にされることは極めてまれであった。Boerhaave はそれは医学にふさわしい問題ではないとまで述べている。言葉を換えれば、“精神の病気”という後の精神医学の根本的、そして自明なカテゴリーとなる問題は、18世紀前半の医学においては、〈靈魂そのものが病気になることはありえないし、精神はその一部が直接損なわれることがありうるが、その損傷自体は医学の取り扱う問題ではない〉という曖昧な位置づけがなされていたのである。

18世紀の中ごろから、モンペリエとエディンバラを中心にして Boerhaave の機械論に代わる生氣論的な医学が構築されていくなかで、狂気の理解も変わってくる。そのなかで特に F. Boissier de Sauvages (1706~1767) と W. Cullen (1710~1890) が重要な新しい理論を発表している。彼らの新しい枠組みで最も重要なポイントは、Boerhaave たちが避けて通ってきた“狂った精神”の問題に正面から取り組んだことである。Boerhaave 時代の医師たちが狂気を幻覚と同一視したのに対し、Sauvages や Cullen たちは、〈狂気とは精神に与えられる乱れた観念の問題でなく、与えられた観念に対して精神が行う何かしらの機能の乱れの問題である〉と問題をずらした。狂気に関する医学理論は、言葉の厳密な意味での“精神の病気”を問題にするようになったのである。

狂気における中心問題が“精神の病氣”になったからには、狂気を癒そうとする医師たちは精神の働きそのものに関する知識を得なければならない。その最も手近な素材は哲学である。Cullenも Sauvagesも D. Humeをはじめとする哲学者から頻りに引用しながら、狂人を治療するには人は哲学者でなければならないとまで述べている(Boerhaaveは、どんなに哲学を勉強しても狂気の治療には何の役にも立たないといった)。18世紀後半の医学においては、精神病に関する理論は心理的な方向に傾斜し、多くの医学者たちは狂人の身体だけでなく精神そのものも医学の正当な問題としてみなすようになっていたのである。

このシフトは大学で教えられる医学一般の理論的な枠組みのなかで起きたものであったことは注意しなければならない。Boerhaaveも Sauvagesも Cullenもキリスト教形而上学、生理学、哲学などの“思想史”の枠組みのなかで狂気に関する理論を作り上げており、彼らの理論形成における精神病患者のベッドサイドでの観察や考察が果たした役割は(仮にあったとしても)無視しうるものである。ギリシャ・ローマ以来使い古された症例や他の医者の観察からの孫引きを、自らの医学理論にうまく当てはまるようにどう調理するか、というのがこの時代の精神病に関する理論が形成される際のゲームの規則であった(特に Sauvagesの理論は著しくブックッシュであり、彼の精神病の疾病分類が狂人と軽犯罪者・浮浪者・不道德者の混合収容に基礎をもつ、という Foucaultの不用意な主張はポイントを外している)。18世紀後半の医学教授らが開拓した狂った精神、病人だ心理機能そのものへのまなざしを、臨床の現場で実践しながら精神病に関する医学理論を立ち上げていくのは、P. Pinel (1745~1826) に代表される次の世代の新しいタイプの医師たちに

よる仕事になる。

しかしながら、狂気・精神病に関する主たる理論が生産されていた大学の医学部の外で、理論化はされていないが新しいタイプの精神医療が18世紀のイギリスに現れていた、という強力な論陣を張るのがR. Porterである。“消費社会”が成立した18世紀のイギリスにおいて、精神異常者のケアと治療という新しい種類のサービスが市場に現れた、とPorterは指摘する。料金を取って精神異常者を収容しケアする私立の施設は17世紀の後半から目立って現れはじめ、18世紀の後半から19世紀の初めにかけて急成長した。これらの私立施設が成功するためには、患者やその家族などのクライアントを満足させなければならなかったことはマーケットのロジックが要求することであった。クライアントの要求は、お荷物の気遣いをとにかく安あがり処理したいというものから、気が狂ってしまった愛しい家族に優れたケアを与えて欲しいというものまで多岐にわたり、私立施設はこれらの需要に応じてさまざまなレヴェルのサービスを発展させていた。そのなかには500人の貧しい狂人を劣悪な環境で収容する底辺の施設もあり、国王ジョージ三世の狂気を視線の魔力で支配したといわれるF. Willis (1718~1807) のような個人的なカリスマによって成功している施設もあり、ブリストルのJ. M. Cox (1763~1818) のように、毎分100回転の遠心回転椅子など野放図な創意工夫を売り物にする場合もあった。しかしその一方で、頂点の高額な施設では特別な食事、住心地がよい個人部屋、運動できる広々とした庭、個人用の召使いや看護人などの質が高い生活環境だけでなく、心理的にもきめ細かいパーソナルなケアを受けることができた。例えば、18世紀末に詩人のW. Cowperが発狂したときに入院した10人程度を収容する施設では、患者1人

は週3~5ギニー(貧民用の施設の約10倍で、当時の職人のほぼ月収に当たる)を払っていた。この決して安くはない費用と引き換えに、Cowperは個室や召使いや優しい取り扱いを受けただけでなく、その医師に彼の病人だ心の悩みを打ち明け、立ち直りの心理的な支えを得ることができた。このような、豊かな中産階級のための小規模な施設におけるマテリアル・メンタル両面にわたるクオリティが高いケアから、19世紀の優しさや人間性を強調し、1人1人の心に働きかけて道徳的自制を回復させることを目標とする“モラル・トリートメント”が生まれてきた、とPorterは結論する。

Porterの精神医療の発達の解釈は、Foucault以降の最も重要な新しいモデルである。Foucault以降の歴史家たちは、公権力によって維持されていた収容施設が19世紀以来の精神病院の母胎であり、そこで社会の下層民に対して行使される社会コントロールが精神医療の根本的なパターンであったと前提してきた。光も風も入らない地下牢で、自らの汚物にまみれながら錆びた鎖が肉を腐蝕するまま、という悲惨な環境の貧民向けの狂人収容院、監獄、一般施設院、労役場などの公権力による改革から、Pinelの世代の精神医学が立ち上がってきたというシナリオは、これを肯定的に描くにせよ否定的に解釈するにせよ、私たちには馴染み深いものである。Porterが鮮やかに示したのは、このパターンと並行して、“サービスの売買”という全く異種の関係に基づいた精神医療が18世紀に形成され、新しいパターンの精神医療を作り出し、19世紀のモラル・トリートメントに受け継がれた、ということである。なによりも重要なことは、この新しい精神医療を形成したのは、医療の施し手だけではなかったということである。マーケットで取引された医療であることを反映して、患者とその家族な

どの主として中産階級のクライアントも“需要”という形で新しい精神医療のモデルの形成に貢献したのである。

以上に紹介したような18世紀の流れを総合しながら、精神医学という新しい営みを意識的に立ち上げ、医学の1つの分科としての性格を決定したのは、1800年前後から約半世紀の間に活躍した精神医学の開拓者、特にフランスのPinelとその後継者たちを中心とするグループ、ヨーク・リトリートのテューク一族に代表されるイギリスの改革者たち、そしてそれに影響されつつ別の道をたどったドイツ語圏や他のヨーロッパ諸国の精神科医たちであった。次節ではこの“精神医学革命”と呼ばれてきた時代の精神医療の基本的なパターンを概観しよう。

### 3 精神医学革命

アメリカの医学史家のJan Goldsteinらを参照しながらやや図式的にいうと、この時代の精神医学を特徴づけるポイントは、相互に関連する次の3つに要約できる。①公立の精神病院の建設政策や司法精神鑑定を中心にして、精神医学が国家の機構のなかで定義され、“精神医学者”に公的な位置づけと役割が与えられたこと。②放血、吐瀉、下剤の使用などの狂人の身体に向けて処方されるこれまでの治療的手段とは異なる、モラル・トリートメントと呼ばれる新しい精神病の心理的な“治療法”が発見され、この新しい治療法が新しい精神医学のアイデンティティの中心になったこと。③狂人収容院が、精神医学という営み総体がそれなしでは成立しない不可欠な場になったこと。これらの3つのポイントは、新しい精神医学を立ち上げようとしている当時の精神科医にディシプリン形成の鍵になるエレメントを与えたと同時に、後まで長く残る問題を精神医学に与えるこ

ともなった。

まず精神科医という職業への公的な認知、特に国家の機構のなかでの安定した位置づけ、という点に関しては、19世紀前半はおおむね精神科医たちのサクセス・ストーリーであったといつてよい。世紀初頭から各国で唱えられてきた公立の精神病院の全国的な建設という構想は、フランスでは1838年、イギリスでは1845年の立法によって制度化され、他のヨーロッパ諸国もこれに続いた。これらの立法には細部の違いはあるが、基本的なポイントは、①これまで施設院、監獄や労役場などに他のタイプの人口と混合して収容されることが多かった狂人、特に貧民の狂人を、彼らだけを分離して収容する特殊な施設に収容し、②最高責任者として医者を置くことでこの収容施設を基本的に医療組織（病院）にする、という2点である。現在からすればあたりまえに見えるが、特に②の医学化が完成されるまでは紆余曲折があった。1844年になっても、イギリスのハンウェル狂人収容院の理事たちは、無拘束の完成者として全国的な名声を勝ち取っていたJ. Conolly (1794~1866)を解雇して医学とは無縁な退役軍人をConollyの後任として収容院の最高責任者に任命したことが象徴するように、狂人収容院のトップが医者でなければならないという命題は19世紀には決して自明の真理ではなかった。そのため医者たちは、〈狂気は治癒可能な“病気”であり、医学固有の問題である〉というロジックを声高に繰り返す、他のグループ（例えば、特にフランスで洗練されたケアのテクニックを発達させていた修道会）を排除して、狂人の治療とケアという領域に法に保証された独占権を確立した。この時代の狂気の治癒可能性に関するオプティミズムは（第1級の精神科医たちが自らの施設で80~90%の治癒率を報告している）、精神科医たちが国家の機構のな

かで安定した役割を得るのに重要な役割を果たした医学的な神話であった。

精神科医が公的認知を得るのに成功したもう1つの領域は司法精神鑑定であった。精神障害を理由とした免責と司法精神鑑定と呼べる法的手続きは極めて古いが、被疑者の精神状態に疑いがあるときには医師の専門家としての見解を求めることが一般的な手続きとなったのは19世紀の前半である。例えば、イギリスの裁判記録を組織的に調査した最近の研究によると、19世紀の初めには被疑者の精神異常が問題になったケースで医師の証言が求められたのは全体のわずか10%だったのに対し、1840年代にはこの比率は70%にまで上昇している。精神科医たちは法廷で専門家として発言する機会を与えられるようになったのである。

この機会をとらえてフランスの精神科医たちはモノマニー monomanie の概念を振りかざして一大キャンペーンに打って出た。このキャンペーンを仕掛けたのはJ. E. D. Esquirol (1772~1840)の愛弟子のE. J. Georget (1795~1828)による1825年と26年のパンフレットである。このなかでGeorgetは同年の冷酷な小児殺しや人肉食などのセンセーショナルな殺人事件に標的を定め、犯人たちは〈殺人モノマニー monomanie homicide〉の精神病に侵されているゆえに免責されるべきであると主張した。Georgetはあたかも法律家たちに挑戦するように〈殺人モノマニーには抵抗できない殺人衝動以外には精神異常の症状はない〉という極端な形で議論を提示した（すべての殺人は抵抗されなかった殺人衝動の結果であり、殺人を犯したことで自体がその衝動が抵抗できないものであったことの証拠になってしまう）。このロジックに従えば、殺人を犯したことで自体がその衝動が抵抗できないものであったことの証拠になるので、すべての殺人はモノマニーの産物に

より免責されてしまう。この論理的な破綻もあってこの疾病単位は（そしてモノマニーという概念全体も）結局1850年代にはグループの内部から批判が出て用いられなくなった。しかしながら、GeorgetやEsquirolたちのキャンペーンは、法律家を説得するというより、世論のなかで精神科医の役割を認知させるという長期的な効果（あるいは目標）をもっていた。センセーショナルな殺人犯が裁かれる法廷という人目につく場所で、自分たちよりも prestéje や公的認知の度合いが高い法律家と肩を並べて議論する、というPR効果は高く、当時〈××モノマニー〉という言葉は（ちょうど現在の〈××コンプレックス〉のように）広く人々の口にのぼる流行語になったほどであった。精神科医は裁判の機構のなかでの精神鑑定という安定した役割からさらに一步を進めて、人間精神に関するスペシャリストというイメージを作り出すことに成功したのである。

第2の“モラル・トリートメント”は、ある意味でこの時期の精神医学の最も輝かしい達成であると同時に、事態を非常に複雑にした要素である。モラル・トリートメントとは、Pinelやヨーク・リトリートのオリジナルに従えば、「精神病者の精神に直接働きかけ、彼らの心に残存している狂気に犯されていない部分に働きかけることで、彼らが自らの狂気を克服することを助ける療法」と要約できるであろう。このテクニックを精神医学の中心に据え、精神医学のエッセンスにまで高めたのはPinelをおいてほかにない。Pinelのもとで学んでいたEsquirolは、彼の学位論文のなかでモラル・トリートメントをマスターできるかどうかを精神科医として独り立ちできるかどうかの分かれ目であるとまでいっている——〈Pinelのモラル・トリートメントを施すには狂人たちと直接のコンタクトを大規模に持たなければならない

が、いざそれを実践しようとなるとたじろぐ人間が多い。そのような者は、狂気を研究し狂人を治療する仕事に携わるのに性格的に向いていない〉。

Esquirolのこの言葉が示すように、モラル・トリートメントは狂人たちの病んだ精神そのもの、そして個々の心と接触するテクニックであった。Pinelは一般施設院に長いこと収容されていて来歴もわからなかった患者をていねいにインタビューし（その内容はサルペトリエールの患者記録の余白に細かな字で記入されている）、彼らの妄想や異常な情念をつぶさに観察し、その上でそれぞれの個人に合わせて心理的な治療を施す、という基本的に1対1の医者と患者の関係としてモラル・トリートメントを実施した。このタイプのインテンシブな臨床は、Porter描くところのハイ・マーケットの精神病院ならいざ知らず、貧民用の施設では極めて例外的であった（ロンドンのベスレム病院の医師は、1815年のイギリス議会での証人喚問で「患者に放血を行うのは天候にもよりますが5月の初めか5月の末、それから何週間か週に1回吐瀉をかけ、それから下剤をかけます。……これは私の父が長いことやっていた治療法で、それよりいい方法は私は知りません」とルーティン化したマスプロ治療を行っていたことを証言して笑い草になった）。

モラル・トリートメントの理念は近年Foucaultらによって鋭く厳しい批判が浴びせられている。〈狂人を理性へと導く立場というのは19世紀の家父長が子どもに振るった教導の権力をモデルにしている〉、〈狂人たちは自分で自らが犯した【罪】を認識し批判するように仕向けられており、精神科医の権威は狂人たちによって内化されている〉、〈自制や勤労といった19世紀ブルジョワジーの倫理と価値観が治療の尺度になっている〉などなど。これら

の批判がどの程度あたっていているかという倫理的、イデオロギー的に錯綜した問題にはここでは深入りしないが、モラル・トリートメントは患者“個人”の精神を対象にし患者の個性に応じてテーラーメイドされる治療法であった、ということであることを考えると、この“個人”を対象とした治療が、病んだ心にきめ細かく働きかけられると同時に、患者の心理の内奥のひだをえぐりながら人格とアイデンティティの深部を操作するものであったことは自明のこのように思われる。

モラル・トリートメントへのこのタイプの批判は、主としていわゆる反精神医学の視点から出されたもので、Pinelら精神科医自身はそれを意識したことはなかった。一方、彼らが痛切に感じていたモラル・トリートメントに潜む問題は、それがもつ非常に強い非医学的な性格と起源であった。ヨーク・リトリートははっきりと当時の医学の方法への批判的オールタナティヴと自らを位置づけ、Pinelがモラル・トリートメントの実地を最初に学んだのは、ピセートルの管理人で、長い期間患者とともに暮らす経験から患者に対しての有効な説得の仕方などを身につけていたが高等教育らしいものを全く受けたことのない元皮なめし職人のJ. B. Pussin (1746~1809?) からである。

それゆえ、Pinelが精神医学の中心に据えたモラル・トリートメントは、それをどう粉飾してみても“素人臭い”ものであり、当時急速に精確に、そして科学的になっていた医学他の分野とは明らかに毛色が違ったものであった。これが最も鮮明に現れたのがA. L. Bayle (1799~1858) の1822年の進行麻痺の発見に対する他の精神科医の反応、そしてそこに現れる精神医学の基本的なパラダイムと疾病理解の枠組みの問題である。Pinelは精神医学者としてだけでなく、疾病分類学者としても知られ

ているが、彼の分類は病気の外的な現れである“症状”を根拠にする分類であり、病気の“座”や原因を根拠にした分類に関してははっきりと否定的であった。疾病分類学者としてのPinelの“症状”の重視は、彼の精神病の疾病分類とモラル・トリートメントの構想にも現れている。Pinelの分類はマニー、メランコリー、痴呆といった古典古代の医学以来続いている。症状(特に情念の状態)を中心にした分類であり、彼のモラル・トリートメントの1つの柱は患者の精神を支配している情念とは反対の情念(悲しみには楽しさ、etc)を惹起することで、患者の精神に平衡を与えるというものであった。すなわち、Pinelとその後継者たちの精神医学の基本的なターゲットは、〈外的に表出される情念の把握とその制御〉であったといえる。それに対し病気の座や病理解剖学で知られる病変を知ることは、彼らの精神医学の構想においては二義的な意味しかもっていなかった。

医学の他の領域ではしかし、医学的なまなざしのなかで病状が果たす役割は低下し、病理解剖学に基づく病変の確定と、病変を透かしてみせるような徴候(主として打診や聴診等で得られる)が医学的知識の礎石である、という考えが主流になった。Bayleの進行麻痺の発見は、叔父のG. L. Bayleや師のT. H. R. Laennecといった病理解剖学の巨匠たちの方法を精神医学に鮮やかに適用した成功例であり、Pinelとその後継者の外的症状、特に情念などの心理的症状を重視した精神医学のパラダイムに果敢に挑戦したポレミックである。くも膜の炎症という病変を常に伴い、臨床像としては軽い麻痺から重度の麻痺への進行を決め手の症状とするというBayleの進行麻痺は情念や知性といった伝統的な疾病分類の基準とはラディカルに異なる枠組みの疾病理解の方法を提示している。Bayleは政治的・人脈的にEsquirolのグ

ループの外に属していたこともあり、彼の理論はGeorgetやL. F. Calmeil (1798~1895)に激しく批判され、彼は精神病院のポストを手に入れることができずに精神医学を離れることになる。このエピソードが物語っていることは、Pinelが構想した精神医学はすぐにフランス臨床医学の最先端からみて時代遅れのものになったこと、Esquirolらフランス精神医学の主流派は、Bayleのイノベーションに対して基本的に拒む姿勢をみせたことである(Bayleの進行麻痺が精神医学の“モデル疾患”になったのはしばらく後のことである)。

もう1つの19世紀前半の精神医学にとって重要だったエレメントは、狂人収容院という場所である。Pinelにおいては目立って強いというわけではなかった精神病院そのものへの関心は、彼の次の世代の精神科医たち、特にイギリス、アメリカとドイツ語圏の精神科医たちの間でエスカレートし、多くの精神科医の努力の焦点と情熱の対象になる。スコットランドの精神科医W. A. F. Browne (1805~1885)が「想像してごらん下さい、貴族の館にも似た広々とした高くそびえるエレガントな建物を、広大な庭と屋敷に囲まれた建物を。内には回廊と仕事工房と音楽ホールを持ち、陽光が降り注ぎ風が吹き抜ける窓から外を見渡せば、はるかに広がる果樹園と菜園に農夫たちが三々五々仕事にいそんでいる」といった調子で延々と理想の精神病院の細部を白昼夢のように描き込むのを読むと、彼らにとって精神病院は単なる職業的・経済的・知的基盤ではなかったことがうかがえる。例えば、キール近郊の小さな私立収容院Hornheimの医師だったP. Jessen (1793~1875)は「私は25年間で1500人の患者と接したが、彼らと共に暮らすことを心から愛している。私にとっては、他の人間たちとの付き合いよりも患者との関係の方がずっと多いし、他

の人間たちとこの患者たちとどちらを尊敬するかと聞かれればためらいなく患者と答えるし、患者たちと暮らしていれば他の人間と付き合えないことを残念に思うこともない」という、激しい思い入れで収容院を自分の生きる世界そのものと同一視している。

これほど激しくはないにしても、精神科医の多くにとって、精神病院の院長であることは彼らのアイデンティティであった。ここに(後の世代の精神科医たちからみたときの)落とし穴が潜んでいる。精神医学と敬虔なキリスト教が結合されることが多かったイギリスとドイツでは、精神科医たちは患者の病める魂を癒すスピリチュアルな教導者という役割に自らを同化させることが多かった。あるいは患者は誤った道に入り込んで苦しむ子供たちで、精神科医は子供たちを教える家父長というイメージは、この時期の精神科医たちの伝記や回想録や“精神病院訪問記”のジャンルの書き物に満ち溢れている。この状況では、精神科医たちは自分と患者たちの閉じた世界を作って孤立し(精神病院が治療効果などの理由もあって都市から離れた地域に造られたこともその孤立を促進した)、病院の管理監督にエネルギーを集中させる傾向があった。収容院・精神病院は精神科医たち自身をそのなかに閉じ込め、彼らの世界を制限し、他のことに目が向かないようにしてしまう役割も果たしたのである。

19世紀中葉には、精神医学は国家や世論からの認知などの社会的基盤、精神病院経営や監督・勤務などの職業的基盤、そしてモラル・トリートメントや精神病院経営のノウハウなどプラクティカルな基盤を整えていた。ここに決定的に欠けていたものは、当時の基準で測ったときの“科学的洗練”であった。次の半世紀はこの領域に精神科医たちのエネルギーが注ぎ込まれ、精神医学を科学的にしようという目標が他

の領域の活動をも変質させていくことになる。この19世紀半ばからの精神医学の第2の転機は主としてドイツ語圏を中心にして遂行された。最終節では、この運動の最も雄弁なスポークスマンであったW. Griesinger (1817~1868)を中心に、19世紀後半の精神医学の歴史を鳥瞰しよう。

#### 4 “科学的”精神医学を求めて

Esquirolがフランス全土に精神病院を設立することに心血を注いだように、Griesingerはドイツ語圏の大学に精神医学・神経学の合併講座とそれに付随する精神科・神経科クリニックを設立することを彼の制度的な目標とした(彼がベルリンの精神医学教授に招聘されたとき、神経学との合併講座なら、という条件つきで受諾したというエピソードは有名である)。この“大学の精神医学”というモデルは、収容院・精神病院にアイデンティティをおくこれまでの精神医学のパラダイムへの強烈なアンチテーゼとして構想されており、闘争的なGriesingerはく単なる収容院の監督は精神科医を僭称するべきではない)のような挑発的な台詞をはいている。伝統的な精神病院の院長たちが嵐のような批判をGriesingerに浴びせたのはいうまでもない。名門イレナウの監督院長C. F. W. Roller (1802~1878)はバーデン州のハイデルベルグ大学に精神科クリニックができるのを権謀術数を尽くして死ぬまで阻止し続けた。

Griesingerの名前には“精神病は脳病である”というテーゼを唱えた極端な身体還元主義者であるというネガティブなイメージがつきまわっている。しかし、多くの歴史家が指摘するようにこの有名な言葉は「精神病の身体的な座は末端神経や内臓にはない」という意味合いで述べられたものであり、Griesingerの精神医

学改革のプログラムを還元主義を中心にしてとらえる(例えば、Binswangerはそのように考えている)のはややポイントを外している。Griesinger自身、精神病のさまざまな症状を脳の異なった部位の損傷・病変から説明しようとする、あるいは精神病を大脳に局在させる方向の研究に極めて慎重、あるいは冷淡であり、〈精神病と脳の病気を完全に連合させるのは時期尚早であり不可能ですらある〉、〈我々は解剖学から狂気の本質に関して多くを学ぶことはできない〉というようなトーンの発言が目立つ。19世紀後半に、精神医学に科学的な基礎を与えたいという指導的精神科医たちの執念と、科学研究によりキャリアをプロモートするというパターンに乗らざるをえなかった若い精神科医たちの必要から、脳や神経の機能や障害に関する医学知識が顕微鏡的洗練を遂げたことは事実だが、この時代を精神医学全体、特にその臨床が還元主義に制圧された時代ととらえるのは必ずしもあたっていない、この時代の精神科医自身は多くの場合、自分たちの神経学研究は臨床観察や治療に応用できない仮説的なモデルだと意識していた。“脳の神話学”と揶揄されるほどの極端な還元主義の闘将とってよいT. Meynert (1833~1893)やC. Wernicke (1848~1905)も、臨床においては患者の症状や振る舞いを、脳の各部位の病変ではなく患者自身の生活史のなかでどんな意味をもっているかという視点から特定しようと努力していた、という解釈が提出されている。Wernickeにいたっては、精神医学の科学的・理論的な目標としての神経学モデルと臨床のガイドとしての記述的精神病理学は別種の問題である、という明確な二元論をもっていた。

Griesinger自身がねらった神経学の精神医学への貢献は、病理解剖学というよりむしろ臨床観察における神経学的な症状——てんかんな

どの運動性のもと、眩暈などの感覚性のもの双方——への注目であった。(Bayleの麻痺への注目がこのヒントになったことはいうまでもない)。神経的なものも含めた症状全体の観察により、精神医学は確実な科学的な基礎である症候群分類を得ることができるというのがGriesingerの構想である。これが患者の心理や情念を中心にしたPinelらの時代の精神医学の臨床観察・治療、そして疾病分類とラディカルに異なる構想であることはいうまでもない。現在のわれわれにとって、このシフトを漠然とネガティブにとらえ、患者の心の苦しみと直接コンタクトすることをやめたとGriesinger流の精神医学を批判することはたやすいし、実際この方向からの批判はよく目にする。例えば、ドイツのレーゲンブルグ地域の収容院の患者記録に関する近年の優れたモノグラフは、19世紀後半のGriesinger流のプログラムの影響下にあった精神科医たちは、〈患者の心の問題を臨床から駆逐した〉著しく貧弱な診断を行っていたことを報告している。すなわち、進行麻痺やアルコールせん妄などの身体的症状を伴うケース以外はすべて、観察できるはずであった心理的な症候が注目されないまま、“単純性精神障害”という何もいっていないに等しい大雑把な診断を与えられていること、そしてこの“その他”にあたる診断をされた患者は1886年から1914年の間に入院した患者全体のほぼ3/4を占めること、などの驚くような事実が入院記録の組織的なデータ処理から明らかになっている。

その一方で、Pinelとその後継者たちの世代の精神科医たちは、ステレオタイプ的な妄想やばつと目についた心理的症状に着目して病気を“診断”し、モラル・トリートメントと銘打ってがむしやらな心理ショックでそれを撃破する方向に陥りがちであったこと、言葉を換えられ

ば“粗っぽい”臨床と治療になりがちであったことも否定できない。19世紀後半の精神科医たちは、はるかにきめ細かく長い時間をかけた臨床観察と、精神の自然治癒力を持つ冷静な治療態度をもつ“あかぬけた”精神医学を作り上げようとしていたといえる。このような態度から、Bayleの進行麻痺から身体症状への注目とその症状の経時的な変遷と発展という視点を学んで、“緊張病”を独立した病型として取り出したK. L. Kahlbaum (1828~1899)、同じく時間経過というパラメータを疾病の把握に導入し、心理症状が不在の時期も疾病のパターン構成に考慮することを主張し、“循環性狂気”を特定したJ.-P. J. Falret (1828~1899)など、この時代にやっとBayleの教訓が——必ずしもBayle自身が強調した部分ではないが——実を結び始めている。19世紀後半という時代は新しい“実験室の医学”が現れ始めたと同時に、欧米の医療全般に関して臨床医学の黄金時代とされ、医師が患者とのベッドサイドに投入した努力が歴史上ピークに達した時代である。精神医学においてもこの時代に臨床観察の古典的傑作が数多く現れているのは偶然ではないだろう。

Griesingerのプログラムのいま1つのポイントである大学病院の精神科クリニックの位置づけも評価が分かれる問題である。Griesingerによれば、この新しいタイプの施設はまず田舎にあってはいけない、臨床教育の便宜上、大学がある都市に位置していなければならない。次に教育上そして研究上“価値がない”慢性のケースに病院のスペースと教授のエネルギーが浪費されることがないように、慢性化したと判断されたケースは直ちに別の精神病院に移されるようとり図らねばならない。すなわち自分が選んだ興味深い症例のみに囲まれて研究と教育を行う大学教授が君臨する“エリート精神病

院”という新しいタイプの施設を作り、イレナウに代表される古いタイプの田園型精神病院を、このエリート精神病院を慢性症例から救うための補助組織として位置づけるといふ青写真であった。ドイツの大学教授の傲岸なエリチズムがここに作用していることはいうまでもないが、ほぼ同じ時期に、初期症例のみを研究するという同じ目的と、教育と研究上興味深い症例以外は他の精神病院に振り分けるといふ同じ機能をもったサン・タンヌ病院がパリに開かれ、フランスの精神病研究のメッカになっていくことは、このタイプの構想が19世紀半ばのヨーロッパ各国の精神医学に共通の働きであったことを示唆する。

1860年代から大学とエリート精神病院の“リサーチ”へと精神医学が重心を移動したのは、精神医学が没落するのを押しとどめなければならないという多くの精神科医たちの不安と危惧に応え、“科学”に希望を託したものであったといふことができる。すでに19世紀初めの治療可能性のオプティミズムが急速に色あせ、精神病院の人口が治りもしなければ死にもしない慢性患者で恐ろしいペースで膨れあがっていくのを精神科医たちは呆然としてみながら、この慢性患者のケアと行政・事務的な仕事のために意味ある治療や研究のための時間が蝕まれていくのに歯ざりししていた（イギリスの精神医学雑誌に「カルテの記入と整理に取られる時間を六分の一にする新案ルースリーブ方式」に関する論文が載ったのは彼らの切実な関心を示している）。B. A. Morel (1809~1873) によって最初に表明された、止めることができない変質 degeneration の結果として、精神病は増加し悪化し最後には痴呆となって終わるといふペシミズムが精神科医たちに受け入れられたのは、そのシナリオは彼らが無力感に苛まれながら日々みていた現象であったという事実も大きく

貢献している。このままでは精神医学は慢性患者の大群を管理する周辺的な職業になってしまうという危機感は精神医学界に充満していた。これもほぼ同じころ、ベルギーのギールをモデルにして精神病患者を農村部のコミュニティに散らそうという構想がヨーロッパ各国で打ち出されたときに、〈それでは精神医学がますます進歩する医学としての性格を弱め、不治の痴呆たちをケアする退屈な田舎医者職の職業に追い込まれてしまう、精神医学は臨床科学としての性格を守るためにも、都市に基盤をもたなければならぬ〉という反対が Morel を含めて多くの指導的な精神科医から出された。精神医学の知的な上澄みの部分は都市型のプログレッシブな“進歩する科学”でなければならないという構想は、精神医学の閉塞の危機への回答であったといふことができるだろう。

### おわりに

この構想がある意味で成功を収めたことはいうまでもない。まずはドイツ語圏、そして世界各国の諸大学に続々と Griesinger 型と呼べる大学の精神科クリニックをもつ精神医学・神経学の教授職が創られ、後には実験室などの充実した研究施設も整備され（1890年代にハイデルベルグの Kraepelin のもとで学んだあるイギリスの若い精神科医は、実験設備と研究スタッフの充実を羨望し、ドイツの工業が瞬く間にイギリスに追いついたのは、こういった基礎科学への投資のせいだったのかと納得している）、その知的そして経済的に充実した制度的基盤をベースにして、現代精神医学の基礎を築いた錚々たる精神科医たちが活躍することになる。また都市の大学病院に学問の基盤をおくことで、粒の揃った優れた精神科医を数多くまた効率よく作り出すことができるようになったことは、

草の根の精神科医の水準を上げるのにも貢献したことは確かだろう。

歴史の皮肉は、Kraepelin, S. Freud, Jaspers など20世紀の精神医学を決定づけた巨人たちの仕事は、Griesinger のプログラムからは大なり小なり外れた方向から現れたことである。この三者のなかで最も“正統的な”Kraepelin にしても、彼が精神分裂病（“早発性痴呆”）という現代最も重要な精神病とされている“疾病単位”を確立したのは、Griesinger があれば欲しがった“初期症例”中心の病院からではなかった。Kraepelin のハイデルベルグ大のクリニックにおいては著しい慢性症例への偏りがあり、Kraepelin 自身もこれを不服として慢性症例を処理できる別の収容院を設立するようバーデン州の当局に要求している（この要求が入れられなかったことが彼がミュンヘンに移った理由だとすらいわれている）。Kraepelin の達成はこの“ハンディキャップ”を逆用し、Bayle と Kahlbaum にヒントを得つつ、長期的な疾病の過程の観察、特に転帰の観察を骨子にした疾患分類を作り上げたことである。用済みの患者をお払い箱にできるエリート病院ではなく、患者を長期にわたって収容しケアする機能を担わなければならない草の根の精神病院に勤務する多数の精神科医にとって、長期的

な臨床観察に意味をもたせた Kraepelin の体系が歓迎されたのはいうまでもない。さらに、ウィーンの著しく富裕なそして文化的に洗練された階級を対象にした技術として出発し、長い時間と濃密な人間関係と高価な報酬が必要な S. Freud たちの精神分析と、これまで自然科学をひたすら模倣しようとしてきた精神医学に人間科学の方法を厳密に定義した上で持ち込んだ Jaspers の方法論は、Griesinger が予想もしなかった領域からの貢献である。

しかしながら、彼らをはじめとする20世紀精神医学の巨匠たちの達成をヨーロッパの臨床精神医学全体の歴史のなかに位置づけながら、現代的意味を探ることは、著者の能力をはるかに超える。これは著者の不勉強もさることながら、彼らの影響は（おそらく）いまだに精神科医たちの毎日の臨床に生きていて、まだ古文書館に収められてはいないからであろう。臨床精神科医の歴史家としての何よりの特権はこの“生きたアーカイヴ”へのアクセスをもっていることである。精神医学に直接間接にかかわりをもつこの小論の読者のなかから、彼らと彼女ら自身の毎日の臨床の営みを歴史のなかに位置づけて理解する試みとしての新しい“臨床精神医学史”を語り始める方が1人でも多く現れることを願っている。（鈴木晃仁）

### 文 献

#### 文献案内

小稿で触れた主題に関する文献は膨大であることから、以下に掲げたものは近年の重要な研究文献で包括的な文献案内を含むものが中心になっている。特に Berrios, Porter, Micale のものは極めて大部の文献表が付され文献探しの助けになる。また Kraepelin, Jaspers や Pinel や Kahlbaum など古典の優れた翻訳、解説、あるいは雑誌「精神医学」や「History of Psychiatry」などの古典紹介の論文などから多くを学んだが、紙幅の都合でこれらは文献一覧からは割愛せざるをえなかった。

- 1) Ackerknecht EH: A Short History of Psychiatry. 2nd ed. New York, Hafner (1968) — 石川 清, 宇野昌人 (訳): 精神医学小史. 医学書院, 東京 (1976)
- 2) Berrios G, Porter R (ed): A History of Clinical Psychiatry. Athlone Press, London (1995)



- 3) Berrios G: *The History of Mental Symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge (1996)
- 4) Brown EM: French psychiatry's initial reception of Bayle's discovery of general paresis of the insane. *Bull History Med* 68: 235-253 (1994)
- 5) Castel R: *The Regulation of Madness; The origin of incarceration in France*. Halls WD (Trans), Polity Press, Cambridge (1988)
- 6) Clemens C: ドイツ精神医学草創期の診断概念. *精神医学* 36(11): 1189-1196 (1994)
- 7) Doerner K: *Madman and the Bourgeoisie; A social history of insanity and psychiatry*. Basil Blackwell, Oxford (1981)
- 8) Ellenberger HF: *The Discovery of the Unconscious; The history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic Books, New York (1970) —木村 敏, 中井久夫 (監訳): 無意識の発見. 弘文堂, 東京 (1980)
- 9) Foucault M: *Histoire de la folie à l'âge classique*. 2nd ed, Éditions Callimard. Paris (1972) —田村 俊 (訳): 狂気の歴史. 新潮社, 東京 (1975)
- 10) Goldstein J: *Console and Classify; The French psychiatric profession in the nineteenth century*. Cambridge University Press, Cambridge (1987)
- 11) Goldstein J: *Psychiatry. Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Bynum WF, Porter R (ed), pp 1350-1372, Routledge, London (1993)
- 12) Hunter R, MacAlpine I: *Three Hundred Years of Psychiatry*. Oxford University Press, London (1963)
- 13) Jackson SW: *Melancholia and Depression; Form hippocratic times to modern times*. Yale University Press, New Haven (1986)
- 14) Janzarik W: *Themen und Tnedenzen der deutschsprachigen Psychiatrie*. Springer, Berlin (1974) —大橋正和 (訳): ドイツ精神医学史. 創造出版, 東京 (1996)
- 15) Kolle K (ed): *Grosse Nervenärzte*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1956)
- 16) MacDonald M: *Mystical Bedlam; Madness, anxiety, and healing in Seventeenth-Century England*. Cambridge University Press, Cambridge (1981)
- 17) Marx O: *Nineteenth-Century medical psychology; Theoretical problems in the work of Griesinger, Meynert, and Wernicke*. *Isis* 61: 355-370 (1970)
- 18) Micale MS: *Approaching Hysteria; Disease and its interpretations*. Princeton University Press, Princeton (1995)
- 19) Nye RA: *Crime, Madness & Politics in Modern France; The medical concept of national decline*. Princeton University Press, Princeton (1984)
- 20) Porter R, Micale M (ed): *Discovering the History of Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford (1994)
- 21) Porter R: *The social history of madness*. Weidenfeld and Nicolson, London (1987) —目羅公和 (訳): 狂気の社会史. 法政大学出版局, 東京 (1993)
- 22) Porter R: *Mind-Forg'd Manacles; A history of madness in England from the restoration to the regency*. Athlone Press, London (1987)
- 23) Ripa Y: *Women and Madness; The incarceration of women in Nineteenth-Century France*. Catherine du Peloux Menagé (Trans by), Polity Press, Cambridge (1990)
- 24) Scull A (ed): *Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen; The social history of psychiatry in the victorian era*. Athlone Press, London (1981)
- 25) Scull A: *Social Order/Mental Disorder*. Routledge, London (1989)
- 26) Scull A: *The Most Solitary of Affictions; Madness and society in Britain, 1700-1900*. Yale University Press, New Haven (1993)
- 27) Showalter E: *The Female Malady; Women, madness and English culture, 1830-1980*. Virago, London (1987)
- 28) Suzuki A: *Dualism and the transformation of psychiatric language in the Eighteenth Century*. *History Sci* 33: 417-447 (1995)
- 29) Weiner DB: *Mind and Body in the Clinic; Philippe Pinel, Alexander Crichton, Dominique Esquirol, and the Birth of psychiatry. The Languages of Psyche; Mind and body in enlightenment thought*, Rousseau GS (ed), pp 331-402, William Clark Memorial Library, Los Angeles (1990)
- 30) Zilboorg G: *A History of Medical Psychology*. WW Norton & Co, New York (1941) —神谷美恵子 (訳): 医学的心理学史. みすず書房, 東京 (1958)