

## 近代精神医学の黎明期と精神病者の処遇

高橋俊彦

### The Treatment of Patients with Mental Disorders at the Dawn of the Modern Psychiatry

TAKAHASHI Toshihiko

精神の病については、古くからの記述がある。しかし、現代われわれが営んでいる精神医療にもつながる精神医学の黎明期といえば、ピネルの時代に遡ると言えよう。それは、社会の中で精神病者をどのように処遇すべきか、という問題に深くかかわりながら学問としての精神医学を築こうとした時代でもあり、その後の精神医学および精神医療の発展の基礎になったと考えられるからである。

**Keywords** : 近代精神医学の黎明期、精神病の治療 精神病の分類、マニー、デリール  
dawn of modern psychiatry, treatment of mental disorders,  
classification of mental disorders, manie, délire

#### 1. はじめに

精神医学は精神の病についてその原因、治療法その他を解明する学問であるが、精神の病というからには、精神とは何かという問題があるが、これは古くからの大問題であり、「これが正解である」などと決められる性質のものではない。以前別のところ(高橋、近藤、1998)でメルロ＝ポンティ(Merleau-Ponty, 1942)の説をごく簡単に紹介したことがある。それについてはまた別の機会に考えることにして、さしあたりここでは身体の病とは区別される意味での精神の病というように大雑把に捉らえておくことにする。身体の病は、本人が何も語らなくても診断がつくものである。たとえば胃潰瘍の場合、本人が語らなくても検査によって胃に潰瘍が認められる。一方精神の病は、原則的には本人の言葉を頼りにしないと、診断がつかない。もちろん表情、態度、行動などによりある程度は察することもできるが、精神内容は、最終的には言葉によって明らかになり、言葉によって確認されるものである。

言語中枢といわれる脳の一部の障害により、言葉を発することあるいは理解することが困難になる失語症のように自然科学的に相当程度解明されているものは別として、身体的な障害がみられなくても言葉の障害がみられる精神の病もあれば、病そのものが、その人固有の言語体系の崩れと同根であるといわれているものもある。いずれにしても、言葉は、自然科学的に解明し尽くされる筋合いのものではないと同様に、精神の病も自然科学的だけでは解明し尽くされ得ない。

言葉は、当然その土地の自然環境、風俗、習慣、制度、文化、伝統その他諸々の条件に左右される。それと同様に、今日われわれが、当然のように使用している疾病概念も、精神医学に関しては、長い目でみれば、その時々歴史的制約の上での判断にすぎない。

そこで極めて大雑把に精神医学の歴史に目を通すことも精神の病を理解するためには必要であろう。本稿はとりあえずそのはじまりの時期を対象としたものである。

もちろん精神病者は古くから存在し、ギリシャ時代にもその記述がみられるという。しかしそれらの人々が現代のような意味で「病気」であるという認識のもとに病人として処遇され始めたのはやはり18世紀後半あたりからとみるのが、妥当であろう。

昔の精神病者は病気の本態が分かっていないまま、あるいは分かっていないがゆえに、かえって疎外されずにすんでいたというフーコー (Foucault, 1966) のような見方もあるが、やはり多くの精神病者は、ヨーロッパにおける魔女狩にみられるように、過酷な処遇を受けていたという長い歴史がある。現代の精神病者に対する処遇がよいというのでは決してないが、昔に比べれば改善されていることは事実である。

近代精神医学を語るには、ピネルの時代から論じるのが妥当であろう。それは精神病者の社会的処遇において画期的な時期であったからである。

## 2. ピネルとエスキロール

以下、主としてピネル (Pinel, 1800) の著述とバリュック (Baruk, 1967) の記述 (いずれも影山の訳による) を参考にしてフランスにおける近代精神医学の黎明期を見てみよう。

フランスでは、1656年4月の勅令により、「パリ市および郊外の貧しい乞食の収容」を目的としたビセートル救済院とラ・サルペトリエールなどの「一般収容所」がおかれ、そこには精神病者とともに「肢体不自由の貧困者、困窮老人、乞食、頑固な怠け者、性病患者、各種の風俗壊乱者、家族の意向または王権により、公の刑罰を加えるわけには行かない人々、濫費家の父親、破目をはずしてさわぎまわる聖職者および精神病者など。要するに、理性、道徳および社会の秩序に関して、『変調』の徴候を示す人たちが収容されていた (Foucault, 1966)。何千人という数であったので、一つの町の観を呈していた。そのなかには「強制収容区」と名付けられた特別の地区があり、反抗的乞食、売春婦、放蕩者、王の命令で拘留された者、裁判によって投獄された「焼ごての刑を受けた女性」、そして「軽罪囚人」が収容され、精神病者も「病監」の中に隔離されていた (Baruk, 1967)。

またバステューユ監獄のような「国家の監獄」にも、犯罪者達とともに精神障害者もその中に閉じ込められていた。

あの有名なピネル (1745-1826) が、1793年ビセートルの医長に任じられたときには、精神病者たちは、鎖につながれ、拘束されていた。

ピネルとビセートルの監護人ピュサンは病者たちに対する処遇が不当なものであると考え、彼らを鎖から解き放とうと腐心した。その事実や経緯には諸説あるが、影山 (1990) の推察によれば、鎖の原則的廃止はビセートルにおいて1797年5月3日にピュサンの手で実施され、ピネルがこれを支持し、3年後にラ・サルペトリエールにおいて「原則的な」鎖の廃止がピネルの直接的監督と指導の下に実施された、という。

近年になってフーコーは、ピネルたちのこのような偉業にたいして次のように痛烈な批判を展開している。

「病人たちを物理的に拘束していた物質的な鎖 (といっても、全部ではないが) は、たしかにとりのぞかれた。しかし彼らのまわりには、道徳的な鎖が再びはりめぐらされたから、これが収容施設を一種の恒久的審判所のようなものに変化させられた。狂人の行動は監視され、その主張はおとしめられ、その妄想は反対され、そのあやまちは嘲笑されるべきものとなった。ある正常な行為に対する逸脱には、間髪を入れずに制裁が加えられなくてはならなかった。しかも、これが医師の指導の下に行なわれ、その医師たるや、治療行為よりも、むしろ倫理的監督の任務を担っているわけであった。つまり、医師は収容施設において、道徳的な総合機能を行なう者なので

ある」(Foucault, 1966)。

このような批判は、一面の真理をついたものであり、検討の余地はあるが、これに対してエー(Ey, 1974)やバリュック(Baruk, 1967)その他の正当な反論もあることだけを確認してここでは、立ち入らないことにする。

ピネルは1795年ラ・サルペトリエールに移っているが、そこにおいて症状の詳細な観察と記述のみならず精神病理学および精神療法的に重要なことを行なった。それは「患者の分類」および「状態に基づく処遇の区別」である。彼は、より活動的な患者がより温順な患者を威嚇したり、からかったりするため、反応が次々と起こり争いや騒ぎがいたるところに拡大する、という現象をみた。そのため、たとえば躁病性興奮状態にある患者が一つの部屋や静かな庭園の中へと隔離されると、静寂が保たれ得るというものである。

ピネル(Pinel, 1800)は精神病を通俗語の狂気 folie の代りに精神病 aliénation mentale と呼ぶことを提唱し、これを

- 1) メランコリー、
- 2) デリールを呈さないマニー、
- 3) デリールを呈するマニー、
- 4) 痴呆、
- 5) 白痴

に分類した。

これらの用語の意味内容は現在とかなり違っており、当時のデリール délire は、妄想という意味よりも広く、外界の対象と感覚との関連、観念と感覚との関連、観念と判断や決断との関連などがまとまりないものになっている状態あるいはこれらと意志との関連もなくなってしまっている状態すべてを含んでいた、という(影山, 1987)。これを影山は妄狂と訳している。

ピネルはデリールを悟性の障害とし、知性の単なる低下である白痴や痴呆と区別していた。

またマニー manie を全体的デリール délire général と規定し、その特徴として悟性機能全体の全面的混乱があったとした(影山, 1987)。極度の激越、常軌を逸した判断などが持続的、周期的にあらわれるものであり、現在よりはるかに広い概念で、おそらく今日であれば躁病はもちろんのこと、統合失調症、非定型精神病と診断されるような症例のかなりの部分は当時であればマニーとされていたのであろう。中谷(1988)は、マニーの概念が後の研究者たちにより整理されるにつれ次第に狭くなってきて今日では躁病の意味で使用されるに至ったことを考慮して、manie の訳語を躁うつ病概念が成立するまでは「マニー」とし、成立以後は「躁病」とした。

マニーに対して、もっぱらひとつの対象に向かい、陰陽両極の感情状態となること、すなわち意気消沈や絶望の観念、ときにはその反対に高慢や虚妄な観念をとまなうことを特徴とする専一性デリール délire exclusiv がメランコリーである(Pinel, 1800)。

ピネルは悟性のいかなる障害もなく、情動面のみが障害される「デリールを欠くマニー manie sans délire」というマニーの亜型を設けたが、これは「全体性デリール」というマニーの定義と矛盾するものであった。この「デリールを欠くマニー」はのちにエスキロール(Esquirol)の「モノマニー monomanie」という概念の中へと吸収されることになるが、その辺りの経緯は影山(1987)が詳しく論じている。

なおこのモノマニーは、種々の経緯の後、パラノイア、パーソナリティ障害などという概念へと変遷して行く一つの源となった。

患者への対応に関するピネルの方法は、優しさとある程度の厳しさとの組み合わせから成り立っていた。優しさのみ、あるいは弱腰のみではつけこまれる危険があるので、ある程度厳しさが

必要であるが「これには、あらゆる軽蔑や怨恨、腹立ちの感情はなく、人間の崇高な諸権利に合致するよう考慮した上で方法であった」(Baruk, 1967)。

彼はまた、患者にたいして鉄鎖や拘束を乱用することを戒めたばかりではなく、患者の苦痛や心配を聴く必要性を説いた。いわゆる心理療法 *traitement moral* のはしりである。

ところで藤縄(1983)によれば、身体医学における疾病分類は病因論、病態生理などの自然科学領域に妥当する思考方法が有用であるが、精神状態とか精神発達を研究する場合には、精神現象についての身体医学的分類原理が今日なお不確実なため、安易に使うことはできない。そして精神医学では、疾病論的研究がつねに流動的であるため、現今用いられている図式は発展途上の一断面図であることを心得ていなければならない。

彼によれば、精神障害分類の歴史は、プラトンの伝統とヒポクラテスの伝統との抗争を軸として整理することができる。これは純医学的というよりは哲学的対立であり、プラトンとアリストテレスの対立に置き換えることも可能である。プラトンによれば、不変の現実<sup>1</sup>は普遍的理念に存するのであって、個別的なわれわれの感覚対象にあるのではない。そして個別の対象は相対的、かつ不完全である。他方アリストテレスの関心はつねに確固とした感覚世界に、またこの世界のなかで生起する個々の対象や出来事に向けられていた。ヒポクラテス学派は本質的にアリストテレス的であり、その主たる関心は、個々の患者にみられる疾病の多様なあらわれと、その自然史とを細心に研究することであった。

この文脈からいうと、ピネルはヒポクラテス派の系列に属することになる。彼は精神病者を鎖から解いたという単なる人道主義者というのではなく、あらゆる行き過ぎにたいして批判の目をもっていた。進歩的な考え方をもっていたにもかかわらず、ルイ 16 世の死刑執行に立ち合い、非常な衝撃を受け、嘆いたということからもそれが窺える。

極端さを警戒するそのバランス感覚は当然精神医学にも貢献し、当時の社会に流布していた迷信に近い精神病観を、次々と実践に基づいて改めた。

たとえばその当時狂気もしくは精神病の障害は苦痛、窒息または生体の非常なショック時に消失するのだと信じられていたが、これにたいしてピネルは以前から治療法として使われていた「びっくり風呂」などというような「ショック療法」の乱用を慎み適用を限定すべきである、と主張した。マニーの治療法として死と隣合わせの状態におくような「水没法」が導入されようとしているのにたいしても「人がその障害された理性を修復したいと思っている精神病者の狂気よりも、おそらくはさらに悪質なこの医学の狂気を主張することを人は恥すべきである」(Baruk, 1967) と述べている。

ピネルの極端に走らない姿勢をバユックは、高く評価している。彼によれば、当時、すべての精神障害は焦燥感から生じ、これを鎮めるために、あらゆる手段を使っても患者を衰弱させること、特に大量瀉血を反復することが治療に有効であるという説があり、瀉血がしばしば行なわれていた。しかしこの方法は患者に身体的精神的悪影響を与えることがあるのでピネルはむやみに採用せず、次のように記している。「瀉血は余りに無分別に乱用され、この処置を受ける者と指示する者との一体いずれが本当に狂っているのか疑いたくなるほどである。大変積極的な治療のあとに極端な衰弱と白痴の状態に精神病者がしばしば追いこまれる光景をみれば、このような考えが生まれるのも当然のことである。とはいえ著者が瀉血を禁じているのでは決してない。その乱用をいましめているだけである」(Pinel, 1800)。

またピネルは行き過ぎた学問的説明や医薬の過剰な使用などについても批判的であり、これは「多くの場合に心身の養生を用いた待期療法で充分であるし、その他の場合には手のほどこすべがない」からであった。彼は「治療をいたずらに試みたり、やみくもに進めないために、精神

病の記載を最大限重視し、そのさまざまな種類を厳密に分類し、これらの患者を種類別に組織的に配置するに適した場所を準備することの必要性」を強調した。「監護は経験豊かで人道的な看護であること、および病棟の秩序を厳守することを最優先させること、経験によって検討された簡明な治療、慎重さ、病気の時期、精神病の種類など治療の鍵を握っているものを明示すること」(Pinel, 1800)その他彼が果そうとした課題は具体的かつ多岐にわたっている。

「悟性の座やその種々の損傷の性状についての曖昧な議論に没頭して、精神病を研究の特別の対象と考えることは良い選択法とはいえないだろう。なぜなら、これ以上に漠然とし、神秘的なものはないからである。しかしながら、思慮深い枠内に自らを限定し、外面的徴候に現われる明確な精神病の特徴だけにとどめておき、豊富な経験から得られた成果のみを治療原則とするならば、人はそのとき、自然史のあらゆる分野で一般的に人々が追求しているのと同じ歩みをとるようになる。また、疑わしい場面に留保をつけるならば、人はもはや迷妄に陥ることを恐れる必要はなくなる」(Baruk, 1967)。これがピネルの精神病学に関する基本的態度である。200年前に述べられたこれらの言葉は、現代でも通用する内容を含んでいる。

ピネルの弟子エスキロールも、ピネルと同様、精神病患者の処遇改善のため、多大の尽力を惜しまず、有名な1838年の法律制定に参加した。その法律においては、入院させる前には医師による入念な診察が必要であり、診断書には入念な症候学的記載が必要とされ、その診断書は、施設の二人の同僚の医師によって監査されるようにと、決められている。また患者の訴願、当局の視察などの保証があたえられ、また「司法権」に対して、つまり司法官に対して、「個人の自由の擁護権」が与えられている。またここでは、家族の同意による入院もある程度認められていたという。それ以前はバスティーユ監獄やヴァンセンヌ城には、前記のように、囚人たちと混じって、精神障害者もとじ込められており、その他にも、放蕩息子や自分たちが気に入らない結婚を邪魔するために自分たちの息子の監禁を要求したりする者の意向によりとじ込められていた者もあった、という。1838年の法律では、患者の入院は医師の診断が必要であるとして、精神障害者が囚人と同居させられたり、監獄に入れられたりすることのないようにと歯止めが講じられている(Baruk, 1967)。

エスキロール(1772-1840)は、学問においても精神病患者の処遇においてもピネルの考え方を継承発展させた。

1816年、エスキロールは精神の病を

1 リペマニー(元のメランコリー) 悲哀的で抑うつ的熱情が顕著な唯一の対象か、少数の対象に基づいたデリール。

2 モノマニー デリールは唯一の対象か、少数の対象に限定されているが、興奮と陽気で誇大的熱情を伴っている。

3 マニー デリールはあらゆる種類の対象に拡大しており興奮を伴っている。

4 痴呆

5 白痴ないし痴愚

に分類した。

エスキロールは、ピネルの分類の中で矛盾のある「デリールを呈さないマニー」を削除し、これに含まれる例の多くはモノマニーに入ることになった。またメランコリーのうち興奮と誇大的熱情を示す例もメランコリーから分離してモノマニーに含めた(影山, 19837)。

### 3. 症候群の記述分類から疾患単位の構成へ

ピネルとエスキロールの分類は臨床上の症候群の記述と分類をおこなったものである。これに

たいしてファルレ (Falret,) とバイヤルジェ (Baillarger) は躁病とうつ病という外見上相反する二つの状態が同一疾患の時期を違えた二側面であると、考えた。この考え方は後にクレペリンによって「躁うつ病」としてとりあげられることとなった。

またラゼーグ (Lasègue) は、デリールが一つの症状あるいは状態であったものを、妄想観念を主症状とする「被害妄想病」という一つの臨床単位にまで高めた。ラゼーグ自身この「被害妄想病」には幻覚の有無にこだわっていなかったが、後に幻覚のあるもののみに限定した。幻覚をとみなわない例は、ファルレの「理性的迫害的被害者」も含め、のちの「パラノイア」へとつながった (Baruk, 1967)。

さらにマニャン (Magnan) により、潜伏期、妄想と幻覚、誇大観念、最後に痴呆の四つの時期をとみなう「慢性妄想病」という概念ができ上がった。これと「被害妄想病」との区別としてマニャンは後者における痴呆の時期の欠如をあげている。この「慢性妄想病」についての最後に必ず痴呆の時期がくるという考え方は、将来痴呆状態になることを、想定して診断する姿勢につながることになり、クレペリン (Kraepelin) の早発性痴呆概念の形成に強い影響を与えた。プロイラー (Bleuler) はこの早発性痴呆という概念を受け継ぎながらこれを批判して現在の統合失調症概念を提唱した。このあたりのことについて別のところ (高橋、中西、2003) で紹介したことがある。

クレペリンはこの疾患単位による分類を試み、躁うつ病と早発性痴呆という臨床単位を提唱したが、疾患単位とは、同一の原因、同一の症状、同一の経過、同一の転帰、同一の組織病理変化をもつ病態のことをいう概念である。バリュック, H. が批判するところによれば、このようにして治癒可能な疾患 (躁うつ病) とそうでない疾患 (早発性痴呆) というような、現実の多様さをすべて捨象し、地道に積み重ねてきた豊富な臨床研究の歴史を無にしかねないドグマが作り上げられたのである。

藤縄流にいえば、ソクラテス的診断法からプラトンの診断法へと向かっていったともいえようか。もっともクレペリン自身は、患者を丹念に観察し、また生涯にわたって自分の打ち立てた分類に訂正を幾度も重ねたという事実をみれば多分にソクラテス的でもあった。

#### 4. おわりに

近代精神医学の黎明期を精神病理学の立場からみてきた。疾病分類のあり方は、病者の実相を把握するところから始まり、治療のあり方および病者に対する処遇の変遷は、病者の人権問題と密接に関連し、その時代の疾病観、ひいては人間観と深く関わっていたということの一端が理解できる。

#### 文献

- Baruk, H. (1967). *La psychiatrie française---de Pinel a nos jours*. P.U.F. (中田修監修、影山任佐訳：『フランス精神医学の流れーピネルから現代へ』東京大学出版会、1982) .
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Franz Deutike, Leipzig und Wien. (飯田真、下坂幸三、保崎秀夫、安永浩訳『早発性痴呆または精神分裂病』医学書院、東京、1974).
- Ey, H. (1974). *L'antipsychiatrie (Son sens et contresens)*. In: *Encyclopédie Medico-Chirurgicale, Psychiatrie*. (石野博志訳『エイ精神分裂病 付 反精神医学』金剛出版、東京、1981).
- Foucault, M. (1966). *Maladie mentale et psychologie*. P.U.F.Paris. (神谷美恵子訳『精神疾患と心理学』みすず書房、1970) .

- 藤縄昭（1983）「精神医学における診断図式序説」土居健郎・藤縄昭編『精神医学における診断の意味』東京大学出版会、東京。
- 影山任佐（1987）『フランス慢性妄想病論の成立と展開---ピネルからセリューまで---』中央洋書出版部。
- 影山任佐（1990）（Pinel, Ph., 1800）の「あとがきに代えて」。
- Merleau-Ponty, M. (1942). *La structure du comportement*. U.F.P., Paris. (滝浦静雄・木田元訳『行動の構造』みすず書房、1964).
- 中谷陽二（1988）『マニー概念の歴史的検討.臨床精神病理』9:215-225.
- Pinel, Ph. (1800). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Richard, Caille et Ravier. (影山任佐訳『精神病に関する医学＝哲学論』中央洋書出版部、東京、1990.)
- 高橋俊彦・近藤三男（1998）『大学生のための精神医学』岩崎学術出版社、東京。
- 高橋俊彦・中西俊夫（2003）「クレペリンによる早発性痴呆概念の成立とプロイラーによる統合失調症概念」『総合保健体育科学』26, 1-9.