

目次

序 「科学」の時代における精神分析	1
第Ⅰ部 耳について	
第一章 脱構築と(しての)精神分析——不気味なもの	10
第二章 ラカンを超えて——ファロス・翻訳・固有名	35
第Ⅱ部 秘密について	
第一章 告白という経験——フーコーからデリダへ	60
第二章 埋葬された「罪〓恥」の系譜学——クリプトをめぐる	84

第Ⅲ部 灰について

第一章 終わりなき喪、不可能なる喪——アウシュヴィッツ以後の精神……………120

第二章 ヘーゲルによるアンティゴネー——『弔鐘』を読む……………149

第Ⅳ部 主権について

第一章 絶対的欲待の今日そして明日——精神分析の政治・倫理学……………176

第二章 来たるべき民主主義——主権・自己免疫・デモス……………201

註……………226

あとがき……………255

序 「科学」の時代における精神分析

ここに読まれようとしている本書の企図はごくつましいものだ。ジャック・デリダの思考とフロイトに始まる精神分析の思考をあらためて出会わせ、そのことを通して人間という謎に満ちた存在の全的理解が試されるいくつかの限界の場面にその知を向き合わせることに、そして同時に、制度化され学としての体系性を手に入れる代償として精神分析が失ったものが何であるかを、デリダの思考を一種の触媒として明らかにすること、つまりは脱構築的読解の介入によって精神分析を変容させ、この知に新たな種類の射程をもたらすこと——だがこれはすでに、つましいどころか、無謀な、あるいは傲慢な試みと言うべきかも知れぬ。そもそもわれわれは精神科医ではなく、正式な教育分析を受けた分析家でもない。ただ精神分析に関する一定の知見を有するだけ、とりわけフロイトからラカンに至る思考を、ヘーゲルやハイデガー、あるいはニーチェやヴィトゲンシュタインの思考とまったく同様に、比肩するもののない重要な認識論的枠組みをそこに見て取りながら過去三〇年以上にわたり熱心に読みかつ論じてきた経験がわれわれにはあるだけである。そのうえ、現在の精神医療の現場において、精神分析がかつての輝きを失い、医学、それどころか科学一般の範疇からすら除外されつつあるという状況を、その状況に実践的に関与し得ぬまま注目しているだけ

というのが、われわれの立場である。

だが、この状況は思考の歴史、こう言つてよければ西洋形而上学二五〇〇年の歴史に照らして、まったく正当化され得ない状況である。そして、そのことを断言し論証し得ると自負するわれわれの目からすると、現在の精神医学の主流をなす思考が、みずからの盲点や狭隘性や単純性にまったく無自覚な、あるいはそれを自覚しながらもある種の政治的計算にもとづいてみずからを正当化し方法論を選別するイデオロギ―であるということには、異論の余地がないとわれわれは考える。

たとえば「科学的エヴィデンス」という概念。それが精神分析を断罪する仕方のなんと愚かしく拙劣であることか。精神医療の現場でこの概念は、計算可能で統計学的処理可能なくつかの単純素朴な実践を医療行為として妥当性を持つと思わせるために用いられている。一方に、心理学的諸方法論がある。ロールシャッハ・テスト、バウム・テスト、ソンデイ・テスト……。これらのテストを通して、精神科医や臨床心理士は患者の反応を観察し、結果を数値化し統計処理し、恐ろしいことと言ふべきだが病の診断さえすることが日常的に行なわれている。だが、これらの画像読解や描画法や画像選択実験が小学校の図画工作以上の認識論的・医療的効果をもたらすと考える人間は、まともな教養をそなえた一般社会人の中にはよもやないだろう。これらのテストがいまだに医療機関で真顔で実施されているのは、それらが精神科医や臨床心理士の目の前で――まさに現前性の場において――、あらかじめ図式化・系列化された範囲内に収まる患者の心的傾向や偏差を表現させるものであり、決して無意識などという不可視の領域、非・現前的なる絶対的他性の場面へと踏

み込むことを必要としない、人を安心させる無害な方法であるからだ。

同じことは認知行動療法についても言える。¹⁾人間は誰でも外部環境からやって来る情報や刺激を受け取り、みずからにとつてのその意味と価値を認知したうえで、外部環境に向けてそのつど反応し行動する。その際、その反応は行動が社会の規範から見るととき、不適切であり、結果として社会に対する不適応をきたす場合が多々ある。その不適応を引き起こしていると推測される認知と感情と行動の「歪み」を、ある種の学習を反復することによって改善させることが認知行動療法の目的である——こう要約すれば、それほど間違つてはいないはずだ。しかし問題なのは、この方法論における人間の認知は認識能力の極端な類型化であり、この方法論がその類型化を基準として患者に働きかけ、その結果生ずる不適応から適応への変化それ自体を治癒と見なしている点である。これはごく控えめに言っても、病の本質をまったく認識しないまま、表面化している症状のみを観察し、その症状の改善が見られればそれによしとする対症療法に過ぎない。しかも、認知行動療法においては、患者の自己認識の方法としてたとえば「コラム表」と呼ばれる記録作成(呼称はさまざまである)が用いられるが、その単純さたるや啞然とするほかない代物である。記録用紙を構成する欄の典型は、たとえばつぎのようなものだ——「状況」「気分(強さ:〇〜一〇〇%)」「自動思考(確信度:〇〜一〇〇%)」「根拠」「反証」「適応思考」「心の変化」。このような項目を埋めることを繰り返すことで、患者は「自動思考(さまざまな状況でその時々自動的に沸き起こってくる思考やイメージ)」から脱却し、認知の歪みを正し、不適応な反応パターンから適応的反応パターンへと

変化することができるようになるのだという。そして患者の側におけるこの単純な方法に対応しているのが、治療者が形成する面接場面の単純性である。認知行動療法においても、精神分析と同様に、治療のためのセッションが設定される。治療者は面接の際に、患者の行動上の問題Ⅱ「症状」に焦点を絞り、患者の記録された「問題点」を改善すべく言語的および非言語的に働きかけ、操作的に誘導する。このような対話が繰り返されるからには、そこには、程度の差はあれ精神分析におけるのと同じ転移関係が必ず生じているはずである。にもかかわらず、認知行動療法においては、幼児期の家族関係や性的発達過程や情動的環境の歴史などの問題を意図的に考慮せず、それらが患者の症状形成には関与していないとあらかじめ断定し、それらを積極的に排除するのである。このような方法論によって構造化された面接場面で行なわれていることは、いかなる意味でも病の治療ではない。それはたんなる一方的な訓練である。社会の規範へいかに適応するかだけを目的とする、精神医療の名のもとに行なわれる徹頭徹尾プラグマティックな主体の強化訓練法……。 「認知療法は、構造化された、短期の、現在志向的な心理療法であり、非機能的な(正確ではない、そして／あるいは、有用でない)思考や行動を修正し、いま抱えている問題を解決しようとするものである。」とジュディス・S・ベックは言う。だが「非機能的」な思考や行動を、「正確ではない」「有用でない」思考や行動を、「修正する」とは、いったい何のことか。ある思考や行動が「非機能的」であることを、それが「正確」でなく「有用」でないことを、誰があるいは何が、どのようにして判断するのだろうか。およそ正気の沙汰ではない。

このような方法論の数々が一定の「エヴィデンス」を持つというだけの理由で、あたかも精神分析に対して優位性をそなえているかのように見なす今日の精神医療の現状は、その見かけの合理性に反して、極度の理論的退行に、非合理的なまでの単純化に陥っていると云わざるを得ない。要するにそこでは人間存在を、その精神の病を、全的に理解しようとするような知は必要とされていないのだ。

その代わりに現代の精神医学が用意した決定的、というよりも独善的な解答が、かのアメリカ精神医学会によるDSMであり、それと手を携えた精神薬理学である。「DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) = 精神疾患の診断・統計マニュアル」とは、その名が示すように、精神医療の現場で用いられることを前提として作成された「マニュアル」である。だがその内実たるや、精神医学に関する素人の目にも明らかな理論上の誤謬に基づいたものであり、結果として非科学的なものである。二〇一三年に改訂・刊行された最新版『DSM-5』⁽³⁾の分厚いページをめぐっていくと、そこには夥しい病名が列挙されている。大分類は計二二あり、たとえば「神経発達障害群」「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」「双極性障害および関連障害群」「抑うつ障害群」「不安障害群」「強迫性障害および関連障害群」「心的外傷およびストレス因関連障害群」等々から成っている。下位区分を見れば、たとえば「不安障害群」を構成するのは「分離不安障害」「選択性緘黙」「限局性恐怖症」「社交不安障害(社交恐怖)」「パニック障害」「広場恐怖症」「全般性不安障害」「物質・医薬品誘発性不安障害」「他の医学的疾患による不安障害」「他

の特定される不安障害」「特定不能の不安障害」である。これらは、いかにもその原因が究明されることにより確立された疾患単位であるかのように書かれている。しかし実際には、DSMにおけるこれらの病名は、症状の観察のみによって、つまりある特徴的な症状のいくつかが認められることだけをもって区別され記述されているのである。したがってこのDSMに準拠する診断もまた、いわゆる「カテゴリー診断」、すなわちある患者の症状がDSMに記載された典型的な症状のうちいくつかに該当すれば、病因を問わないまま「これは……障害である」と診断することになるのである。症状の恣意的な操作による列挙をあたかも疾患単位であるかのように思わせる「診断・統計マニュアル」……。

そこから帰結する最大の弊害が「診断のインフレ」⁽⁴⁾であり、その結果としての薬物療法への過剰な傾斜である。実際、右に見た「不安障害群」の下位区分は、従来の疾患単位で言えば「物質・医薬品誘発性不安障害」を除きすべて神経症Ⅱ心因性疾患である。にもかかわらず、DSMに準拠した場合、あたかも「限局性恐怖症」や「パニック障害」や「広場恐怖症」が独立した疾患単位であるかのように区別され、かつ、精神分析的療法の有効性が証明されているこれらの疾患に対しても薬物療法が第一選択肢とされることになる。事はそれにとどまらない。DSMⅢ以来二〇年以上にわたってその編纂に携わり、DSMⅣでは作成委員長を務めたアレン・フランセス博士その人が、DSMⅣに独立した病名として記載されたために「子どもたちのあいだに精神疾患の三つのまやかしの流行が新たに発生」⁽⁵⁾したことを強い反省とともに認めている。その精神疾患とは「自

閉症」、「注意欠陥・多動性障害(A D H D)」、「小児双極性障害(C B D)」である。博士によれば、「注意欠陥障害は発生率が三倍になり、自閉症は二〇倍に増加」し、「小児双極性障害」の発生率もまた「製薬会社の宣伝も手伝って、二〇倍増加した」という。しかも博士は、D S M - III以後の精神医学が、生物学・脳神経学の発達を根拠とする精神薬理学の成果を活用しているように見える点についても、実のところ「精神医学のきわめて大きな弱点」は「生物学的検査が欠如している」ことにあり、「いろいろな種類の肺炎を引き起こすウイルスや細菌についての検査をせずに」「肺炎を診断するのに近い」というのが現状であることをはっきりと認めている。精神疾患の原因を脳神経の変質に帰すと主張する生物学的精神医学が、実際には精神薬理学の水準に見合った生物学的検査・診断方法を持っていないのである。

こうしたすべて、すなわち、「科学的エヴィデンス」の名のもとで起きている精神医学の世界におけるプラグマティズムの覇権、計量化と統計化と類型化そしてマニュアル化を通して行なわれる人間存在の疑似・科学的認識への還元、その隠されたあるいは公然たるポリティクス——こうしたすべてを考慮するとき、本書は不可避免的に論争的性質を帯びざるを得まい。だがそれはなにも、以下のページに現代精神医学への批判が記されているという意味ではない。事はまったく反対である。なし得るかも知れぬ批判の数々を括弧に入れてわれわれが取り扱うのは、たとえば、フロイトの「不気味なもの」という概念化不可能なものの概念化をめぐる記述であり、ラカンのシニフィアンのうちに解消されない「散種」の運動であり、キリスト教的司牧制への抵抗としての「秘密」で

あり、心的な非一場としての「クリプト」であり、アウシュヴィッツ以後の時代における「喪の作業」等々である。われわれが主張したいのは、いかに「科学的エヴィデンス」を欠いているようにも、これらが確かにわれわれの経験の領野に属しており、それなしにはわれわれがわれわれではなくなってしまうという単純な、だが歴然たる事実である。そして、ジャック・デリダという哲学者にとつてその名に値する精神分析とは、ただそのような経験の領野を拓くかぎりにおける他の何にも還元不可能な知のあり方だったのである。すなわち、脱構築としての精神分析……。

だからわれわれはこれ以後、無用な前提も自己正当化もぬきで率直に問いかけ、問いに応えようとするだろう。われわれはまだみずからの名を知らない。それは本書を読むあなたが、みずからの名を忘れるかぎりにおいて読者たり得ることをも意味するだろう。来たるべきわれわれの署名——それは、いまだ生成の途上にある。