

病と言説のポジティヴィティ

The positivity of disease and statement

井上 寛雄¹
Hiroo Inoue

¹ 中京大学 Chukyo University

Abstract In this paper, we aim to present the concept of information from the viewpoint of death instead of information considered from the viewpoint of life. *The Birth of the clinic* by Foucault shows that coconsideration on the relationship between symptoms of disease and languages encourage us reconsideration of the way of thinking about information. Socio-informatics is not enough to be regarded as application of bio-informatics, it must also be regarded from death and disease, and considered to include those factors positively.

キーワード 社会情報, フーコー, 臨床医学, 言説

1. 階層的情報論

社会情報学は情報という観点から、社会における情報現象を捉えようとする学問である。この時、正村俊之が指摘するように、社会情報学とは何かを示すためには、まずは分析視点であると同時に、分析対象でもある「情報」という概念をまずは位置付けなければならない。そのうえで、情報現象という共通性に着目して、社会についての学際的研究としての社会情報学を展望しつつも、他方で学際的研究は何も情報現象に着目するものに限らないのであるから、社会情報学という学問が、単に学際的であるだけでなくいかに「固有科学」でもあるかも示さなければならないのである(2003:32-33)。

情報概念の定義と、社会情報学の位置付けは、サイバネティクスやシステム論の成果を引き継ぎながら、とりわけ国内においては「階層的情報論」とでも言うべきものとして整理されている。吉田民人、正村俊之、西垣通らによって、自然から社会へと進む、階層的進化をモデルとして、物質情報、生命情報……とその規模と複雑性を変えながら、層を重ねていき、その最後の層に「社会情報」が位置付けられる。無論、論者によってどのレベルから「情報」を認めるかには様々な議論があり、情報を無機物レベルには認めず、生命情報である、DNAの遺伝情報から認めるもの、また情報そのものの存在よりも、それを情報として認知する生物や人間の行為との関与を強調する立場をとるものも存在するのであるが、それでも情報を「階層的」なものとして考える点では共通している。

というのも情報とは、その語源を振り返ってみるまでもなく、それが原子・分子に解消されないある「形」、パターンを持つものと考えられるからである。ばらばらな現象が一つのまとまりをもったパターンとして生成し、そして今度はそうしたパターンが下位の事象にまとまりを与え、別の素材、別の場所でパターンが再現されることで、情報が伝達される。よって、情報においては、パターンと素材の関係が問題になるのであり、最低

限二つの層が要求されるのである。

2. 生命記号論 - 記号論的自由の問題

こうした考え方の一つを具体的に見てみよう。ホフマイヤーが、情報学の諸研究に大きな影響を与えた著作『生命記号論』において示す、「記号論的自由」に、情報の階層的性質を見て取ることができる。ホフマイヤーは自然を、単なる因果連鎖による機械的決定論では説明できないことを、パースに依拠しながら階層的進化モデルによって示そうとする。パースの形而上学によれば「自然には『習慣化する』傾向がある」(2005:54)。すなわち、自然は最初から隅から隅まで「決定」されているのではなく、そこにいたる猶予期間が存在し、その期間に非決定論的要素、自発的行為や偶然の要因が持ち込まれる。自然はゆらぎを伴いながら、次第に決定され、「習慣化」されていくのである。もちろん、まだこの段階では、決定論は完全に覆されてはいない。

しかし、ある特定のレベルにおいて「習慣化」され自由が欠如するということは、そのレベルにおける予測可能性が高まるということである。この時、その予測能力を利用して、上位のレベルにおいて新たな自由が生ずるのである。自由の欠如によって成立する単位化＝パターンを利用して、このパターン同士のレベルで今度は非決定的組み合わせ、偶然が新たに持ち込まれる。ここから、パターンの結合が再び習慣化し、決定論化することで、これらの結合が新たなパターンとして単位化され、そこから更に上のレベルの自由が成り立つのである。物質の科学反応から有機物の生成、原核細胞の共生という自由状態から、真核細胞への単位化へ、DNAによる情報伝達による系統の単位化から、それによる突然変異という新たな偶然性の導入、次いで淘汰による進化へ。諸細胞が有機体の様々な器官へとその機能が拘束、専門化されていく一方で、周囲の環境との組み合わせの多様性が増大していくが、次いで、諸生物はさまざまな生態学地位へと「習慣化」し、宿命にとらわれ

ていく。ホフマイヤーはこの自由と宿命の弁証法、下位の自由の欠如によって、パタン化、記号化が生じ上位のレベルで「記号論的自由」が生まれるという仕方では階層的情報論を構想するのである。

では最後のレベルでな何が起こるのであろうか。生態学的地位、それぞれの生物にとっての主観的な「環世界 Umwelt」に囚われたままであったものが、新たな記号化の能力により、私的な経験を公のものにし、客観化することができるようになる。つまり「言語」の誕生である。言語という記号は、特定の塩基や特定の有機体や特定の環境という物理的素材から解放され、圧倒的な自由を獲得する。

さて、ここで考えてみなければならないのは、ホフマイヤーが繰り返す「宿命と自由の相克」というものの実相である。ホフマイヤーは「自由」という語で、非決定性、偶然性、そして自発的行為を指すが、最後のものだけは他の二つとは性質が異なる。まだ習慣化の始まっていない自由は、完全なる偶然性、どちらに転ぶことも等しくあり得るといふ、ヒュームの用語で言えば「無差別の自由」に過ぎない。それに対して、自由が何らかの意志のもとで、価値を持ったり、創造に寄与しようとする時、すなわち「自発的な自由」となりうるためには、半ば習慣化の方に進まざるをえない。しかも、それを物質、生命のレベルで見出そうとする場合、精神的な「意志」を持ち出すことは躊躇われるのであるから、その自由を価値付けるのは専ら来るべき宿命によってでしかない。

宿命と自由は相克するどころか、共犯関係にある。ホフマイヤーの自由が、動的であり創造的であるためには、そのような過程が常にこの二つの間にとどまらなくてはならない。完全な習慣化によって自由は消えるが、また完全な偶然性においても、積極的な意味での自由は消えてしまうからである。

この事実は、私たちが考えようとする、この階層の最上位レベル、言語記号によって産み出される社会情報のレベルにおいて困難をもたらす。今よりも上位のレベルをまだ知らない私たちは何へと習慣化され、何によって価値付けられるのだろうか。

ホフマイヤーの返答は満足させるものではない。「言語の内にも宿命となるものがまだいくつもある。その中の一つが標準化への傾向である」(2005:65)。そうした標準化への傾向は、一方では政治的な抑圧によるものが考えられるが、他方で「宗教は標準化への傾向に恐らく最も強硬に抵抗する」と述べられる。残念ながら、ホフマイヤーがどのような背景があつて、このように言及するのかが不明である。

こうした記述の不十分さを、生物学者としてのホフマイヤーの専門分野を超えているという事実に戻すことができるだろうか。むしろ、それは社会情報のレベルにおいて、それ以上の階層が見出し得ないことに起因する原理的問題ではないだろうか。

問われるべきは、この社会情報という最後の層が考えられるにあたって、その直下の層である、生命情報をアナロジーとして採用することの正当性である。むしろ、

私たちはそれとは全く別のものをここで要求しなければならないのではないのか。

3. 『臨床医学の誕生』を巡って

生命と情報の関係を考えるにあたって、今一つの視点として、ミシェル・フーコーの初期の著作『臨床医学の誕生』を取り上げたい。社会情報というレベルを生命のレベルとのアナロジーにおいて考えるのではなく、むしろ生命の問題と社会とが直接ぶつかる場面を検討してみたいのである。実際、「臨床医学」は社会から独立した純粋な学問分野でないことは明白である。医者と患者の関わり、病院の体制、医療制度、その学問の体制、社会階層の問題、国家による介入といった様々な要素がこの分野に直接関わっている。こうした社会における生命の問題は、後期フーコーにおける「生-政治」として全面的に展開されるものである。とはいえ、こうした、いくつかの直接的な社会との関連は、すでに、この著作にも現れているのではあるが、本論においては、より理論的な、情報論的な観点から触れてみることにしたい。

ここで試みられるのは、身体において目にされる病気の症状が、どのようにして医学的言語へと翻訳されてきたのか、すなわち、病気という事実が、患者において見出され、医者と患者、医者同士の間で交わされる情報へと整えられていったのか、という歴史を追うことである。ある特定の学問分野において、その固有の用語へと整えるという問題は必ずつきまとうものであるが、臨床医学においてはとりわけ困難なものである。というのも、正確な記述を要求するとしても、対象となる症状は複雑極まるものであつて、数学的・論理的厳密さというものにたよることはできず、時に比喻や修辭的表現さえ用いなければならないのだが、かといって、それが文学作品におけるような独創的なものとして展開されてしまえば、客観的な症例報告として利用することができなくなってしまう。臨床医学の場面においては、「見えるもの」と「言うこと」の関係構築が、極めて深刻な問題として突きつけられることになるのである。

フーコーはフランスにおいて18世紀半ばから19世紀初頭に渡る、比較的短い期間において、この「見えるもの」と「言うこと」の関係に、それまでの医療の歴史からすれば、比較にならないほどの変動があつたことを示している。ここでは、大きく三つの時期に分けて整理してみよう。この「言葉」の問題は、すでに直接医療制度のあり方とも密接に関わってくる。

18世紀：疾病分類学

患者において見出される病気をいかに位置づけるか。最初に取り上げられるのは「疾病分類学」である。疾病を、あたかも自然に繁茂する植物を分類するように、科、属、種へと階層化された「図表 tableau」へと分類し、編制された空間を構築する。しかし、直ちに避けがたい困難に直面する。個々の患者において見出される症状の差異は、その病気本来の性質に起因するのか、そ

れともそこには患者の体質、環境に由来する偶発性によってゆがめられているのか。医師たちは、作られつつある「図表」のもとで、病気の個別的变化から本質の純粋性をとりだそうとする。実際、この分類学的思考においては、「図表」が病の本質的な空間を構築するのだが、それが現実の病人において現れるときには、「病はその空間に対して、いつでもすこしずれてあらわれる」（1963:7=2011:36）。この空間は、理念的なものであって、現実において絶えず消滅せざるを得ないのである。病気は個々の患者において現れるのであるが、患者及び治療を施す医師の存在は、同時に病気の本質を歪める夾雑物でもあるのだ。

それでも、病気の本質をできるだけ歪めないように、患者を自然な環境に置くことが求められる。ここで、「自然」と呼ぶのは、「家庭」である（1963:16=2011:48）。というのも、病院は「人工的な環境」であって、そこでは病人と他の病人との接触がいろいろな病気を混ぜ合わせてしまい、病気の固有の性質の読み取りが困難になるからである。病気を文字通り、植物をその生誕と成長の地から切り離さないのと同じように、自然にあるがままに置く、これがこの段階において求められることなのである。

18世紀末：症状論的医学

フランス革命の前後の期間、医療制度の様々な抜本的改革と共に、まなざす医者ともなざされる患者の有り様も大きく変わることになる。個々の家庭に散らばっている患者の、それぞれの医者たちによって独自性をもって把握された症状の知覚からの報告によっては、医学的言語の厳密さを望むべくもない。まず医者の側で、医学的まなざしの統一が目指される。臨床医学の記録が、医師たちの集団的意識のもとで中央主権化され、編制されることになる。また一方で、病気の個別的变化による、症状の把握の解消しようのない不確実さは、確率と頻度による統計処理によって積分されることによって解決される道が探られるのである。この時、患者は家庭という自然な環境ではなく、中立的な領域、患者たちの諸症状が比較可能であるために、あらゆる部分が同質であるような領域、あらかじめ存在する「図表」による選択や排除なしに、あらゆる病理的事件の形態に開かれた領域へと、移されることになる。すなわち、病院である（1963:109=2011:189）。

要するに、まなざすものとまなざされるものが双方ともに集団化されるのである。このとき、個々の症状をその都度「図表」と照らし合わせる分類学的な関係から、「可視的なものの総体」と「言表可能な全体構造」という二つの平面の全面的な一致が、徹底的記述 *description exhaustive* によって目指される（1963:114=2011:197）。それは、「臨床講義」という場で行われる。病院において患者を前にした医師たちが、見られるものに対する言葉を、互いに調整し習熟していくのである。医師たちのまなざしは、知ることと同時に学ぶことで、医師たち同士で厳密に共有された言葉を洗練させるのである。こうして、病気の全体は、この医師たちのまなざしにおいて、知覚されてあるこ

とにおいてのみ、規定されることになる。

さらに、患者たちの側での集団性においては、諸症状の規格化だけでなく、基準となる、病気でない正常な人間をも統計的に規定する（1963:35=2011:75）。注目すべきは、19世紀において、人間科学が生命科学の延長において考察され、生氣論へとつながる流れは、このような医学における正常性の出現に端を発しているとフーコーが主張している点である（1963:36=2011:76）。

とはいえ、こうした可視的なものの総体と言表可能な全体構造の一致という理想は、言語の不透明さに由来する危険が常に付きまとう。医学的言語は症状を「分析」し、単純な要素の組み合わせに翻訳するが、その還元作用は、言語学的なもの、数学的のもの、化学的のものへと次第に複雑になり、見えるものの単なる読み取りではなく、積極的な分解へと踏み出してしまふ。また、見ることそのものもまた、次第にすぐれた感受性が要求されるようになり、まなざしの統一性から、見えないものをあばきだす、一瞥 *le coup d'œil* が、無秩序に場を占め始めるのである。

ここまでにおいて、病は、まずは「図表」あるいは患者の生の外に位置する自然的空間、そして医師たちのまなざしにおいて成立するそれ自体は空虚な空間に位置していた。病そのものは、生に対するネガティブなものとして、中空を舞っていたのである。本質的の変化が訪れるのは、次の解剖=臨床医学という段階である。

4 死という大いなる分析者

症状論的医学において、諸症状とその記述の関係は両者の相互作用を構造化する臨床医集団の閉鎖された関係において認識論的なものに留まっていた。病それ自体を実際に位置づける空間は不在のままであった。ビシャによる病理解剖の刷新によって、病のポジティブ（実定的=積極的）な有り様が提示される。

病理解剖がビシャによって初めて発見されたわけではない。すでに、18世紀にモルガーニらによる解剖学は存在していたのだが、臨床医学はそれに着目してこなかった。モルガーニは諸疾患をそれが襲う器官の近隣性によって分類していたにすぎなかった。ビシャは「諸膜論」において、諸器官を横断する、諸組織の同型性に着目する。病は器官に局在されるのではなく、組織という根本的空間に沿って広がっていく。ただ知覚に呈示されるだけであった、病理的な諸事件の表面性 *superficialité* が、諸組織の現実の表面において実体化されるのである（1963:130=2011:221）。それだけではない。器官が正常に形成されているときには一体化していた諸組織が、病理過程において目に見える形で分離していく。すなわち、ただことばにおいて「唯名論的」に行われていた「分析」が、ここでは、病理的なものによって、自発的に「分析」され解剖されていくのである（1963:132=2011:223-224）。いわば、生命的なものが、器官を実在的に「総合」し、諸器官を「総合」するのだとすれば、病理的なものは諸組織を実在的に「分析」し、分離していくのである。

疾患そのものが、「分析」の能動的主体となり、臨床医学のことばを諸組織の広がり位置づける。とはい

え、病理解剖は屍体においてなされるのであるから、この実在的「分析」を進行中のものとしてみるわけではない。臨床医学が病理解剖に長いこと関心をもたなかったのは、症状の歴史的変遷を、屍体という空間の地理に位置づけることに意味を見出さなかったからである。ビシャの独自性は、諸症状の時間的系列が、損傷空間の分岐として表現されていることを見出し、それでもって「病理的な歴史の厚みを肉体という容積の中へ導入」（1963:141-142=2011:235）することに成功したことである。死によって完了した病理的過程をその解体 *décomposition* が残した軌跡に見出すこと、そしてその解体において同時に、「自分を否定するもの自体において」、生命と器官がもつ「自己の自律性と真理を物語る」（1963:145=2011:240）。諸器官の機能の上での依存体系や正常または病的相互作用の体系が死による解体過程において、逆照射される。死が、大いなる分析者として、覆い隠されていた生を明るみに出すのである。

死から生をまなざすこと、これこそビシャによって始められた、解剖=臨床医学がもたらしたものである。18世紀の医者であり観念学者として著名なカバニスの言葉「われわれの知識の源泉は生命の源泉と同じである」（1963:148=2011:244）が示すように、生に関する知識は生けるものの本質を支えにしていた。病に関する経験も生に対するネガティブとしてしか考えられてこなかった。しかし、死から始めるならば、病は生の秩序に対する、一つの無秩序なのではない。逆説的な言い方ではあるが、そこに「病理的生命 *vie pathologique*」（1963:156=2011:256）とでも言うべきものがあって、そこでは一連の現象が互いに依存しあっている。病は、死のもとで、ポジティブなものとなる。

これまで医者のまなざしは生の上に注がれていた。死は可視化も言表も不可能な闇でしかなかった。しかし、ここにおいて全てが反転する。生けるものこそが闇であり、屍体解剖による、死の明るみにおいてこそ、その闇は払われるのである（1963:149=2011:246）。「不可視なる可視」、それこそが死からのまなざしなのである。

この「生けるものの闇」とは、これまでの臨床医学が扱いかねていたもの、病気の本質を歪ませ、集団的な頻度によって追い払わねばならなかった「個別的な様相」、「生きた個性」（1963:174=2011:282）、すなわち個人である。死の明るみにおいて、初めてこの個人の生を扱いうるものになる。

アリストテレスの古い法則は、個についての科学的陳述を禁じていたが、言語の中に死がその概念の場を発見した時、この禁止は解けたわけである。つまり、その時、空間はまなざしに対して、個の分化した形を開いたわけである。（1963:175=2011:283）

しかし、ここで私たちは、今一つの注意を促さなければならない。

4 有限性と死

死による個人の発見。この主張は、しばしばその次の著作である『言葉と物』に議論とつながるものとして評価される。例えば、『フーコー・ガイドブック』において小野正嗣は次のように要約している。

各人が死と単独的な関係を取り結び、それが各人の言葉に力を与える。人間についての科学のひとつである医学と、文学などの叙情的経験とが、18世紀末以降、有限性としての人間という考え方を中心にして同じ運動に従っているとフーコーは考える。その意味で、ここにはのちに『言葉と物』において発展させられる「エビステーメー」の概念の素描がすでにうかがえると断言してもよいのかもしれない。（2006：43）

確かにこの記述は、『臨床医学の誕生』の結論の要約としては正しい。『言葉と物』と、扱っている時代も重なっており、分類学的な「図表」から、観念学を通過することで、生物学的なものや、言語学的なものを通して、自らの有限性を自覚する「人間」概念の誕生の時期とも重なっている。こうした「人間」が、『臨床医学の誕生』の解説での斎藤環の主張するように、「そのまなざしの中において、まなざしの主体でありながら客体でもありうるという『逆説』」（1963=2011:366）を発見し、引き受けることも、その通りである。フロイトの〈死の欲動〉、そして20世紀に入って、この有限性からハイデガーによる、死の各自性の議論や、レヴィナスによる死との隣接にも繋がり得ることを、フーコーは暗に認めているのも確かである（1963:202=2011:326）。

しかし、こうした要約は、フーコーが設けている、ビシャからそこへと至る幾つかの段階を見づらいものになっている。ここで図式的にその諸段階を明確にしてみよう。

ビシャによって発見された死は、ルネサンス時代のものとは同じ機能を持っていない。その時代においては、死は還元的な意味に担っていた（1963:175=2011:284）。死の普遍的な働きによって、各人の運命や、富や、身分の差がかき消される。すなわち個人の個性、様々な属性がかき消されるような死だ。一方で、ハイデガーに見られるような、死に臨む私の存在、死との単独的な関係、各自性として語られる死は、ビシャによる死の概念と関わりがあるだろうか。ないのである。というのも、こうした死の各自性は、代替不可能なものであるが、それは私に関わる存在可能性に結びついているのであって、私を個人として構成する属性とは関係がないのである。誰でもあろうとも、死はこの私が引き受けなければならないというだけである。

ところが、ビシャによって発見された死がまなざすものは、屍体なのであって、そこに書き込まれる死の個別的な過程が個別的なものを表現しているのである。屍体は客体として一方的にまなざされているだけであって、それが実存として死を引き受けることなどありはしないのだ。次いで、フーコーは19世紀という時代

に、執拗に死が、文学的な修辞において語られることを指摘する。ゴヤの死、ジェリコーの死、ドラクロワの死、ラマルティエヌの死、ボードレルの死。しかし、それらの死も彼らの引き受ける死ではなく、「すでに死の高みの上から、生に刑を宣告したまなざし」（1963:175=2011:284）が、彼らを個性化するのであって、引き受けられた有限性ではないのである。しかし、この流行が、次第に自らにおいて、死のまなざしと、個人なるものの引受けへと転ずるのである。

死のお陰で、個人は或る意味を担うことになり、この意味は彼自身と共に終わらないものなのである。死が劃す区分と、死がその刻印を押す有限性とは、逆説的にも、言語の普遍性を、個人という不安定で代替不能な形に結びつける。（1963:201=2011:324）

この意味で、ビシャによって開始されたポジティブな医学は、「現代の間をその根源的有限性に結びつける、根本的な関係に向かった最初の突破口となった」（1963:201=2011:325）。ハイデガーの死に対する各自性は、そのような有限性の引受けの純化された姿であろう。

だが、その時、ビシャによって発見された死からのまなざしが本来持っていた豊穡なものが失われてしまったのである。この節の最初に引用した、死と個人の関係の要約を再度確認しよう。「各人が死と単独的な関係を取り結び、それが各人の言葉に力を与える。」こうした、要約は、ハイデガーやサルトルの実存主義的な解釈に染められている。死をまえにした各自性という実存が、個人について言語— 属性-本質に先立つ、という、周知の主張をなぞっているだけである。しかし、フーコーがビシャの解剖=臨床医学において発見したものは、まさにこうした主張を反転させるのである。すなわち、屍体として個人についての言説が確立されたからこそ、死と個人が結び付けられるようになり、その結果として、死にたいする個人の単独的な関係がずっと後になって、実存主義者たちが見いだすことになったのである。

5 屍体=コーパスとアルシーヴ

『言葉と物』に続く著作『知の考古学』において示された言説形成の分析、言説形成はあまり理解されていないものである。

確かに、言説は諸記号から成る。しかし、言説が行うのは、そうした諸記号を使用して物を指し示すことより以上のことである。言説を、{言語体系|ラング}や{発言|パロール}に還元することを不可能にするのは、このより以上のことである。（1969:67=2012:97）

この「より以上」は、従来の言語論やそこから派生する構造主義的思考に、単に付け加えることによって実現しない。言語に対する抜本的な思考の転換が必

要なのである。

例えば、ドレイファスとラビノウは、フーコーの言表を「きまじめな言語行為」（1982:48=1996:82）と解釈し、ある限られた時代、ある特殊な専門領域における言説を組織するものが「言説の規則性」であるとする。

「歴史的ア・プリオリ」という言葉が示すように、ある限られた領域を外から規制するような、特殊化された構造主義のようなものと理解するのである。

しかしこのような解釈は認められない。フーコーは言説の分析をするに当たって、決して前もって境界の確かなものとしてある、はっきりとした統一性をもった領域を対象にし、その構成を探ろうとするのではないからである。フーコーの扱い始めるのは、常に境界およびその内容が不確かな分野なのである（1969:31=2012:43）。はっきりとした統一性をもった分野は、有機的=組織化されたものと考えられるであろう。そうであれば、そこでの規則性はその組織化を超越的に規定する何らかの原理ということになる。だが、そもそもフーコーが明らかにしようとする言説の規則性は、有機的なものに関わるものではないのである。

結論を述べよう。それはビシャの言う病理的生命に類する規則性である。すなわち、有機化する規則性ではなく、解体し実在的に「分析」する規則性なのである。臨床医学において問題にされていたのが、病に対する言葉であったことを思い出そう。疾病分類学の段階においては、病の素朴な命名とそれの適切な図表が用意できるはずであるという、言語名称目録観に囚われていた。症状論的医学においては、言うことと見られるものとの間、つまりシニフィアンとシニフィエが、個々別々に対応するのではなく、医学的ラングにおける二つの平面の全面的な対応を目指すものであった。医学的実践に関わる以上、恣意性に居直ることなく、二つの平面の絶え間ない相互調整について、一種の構造を作ろうとするものであったのである。解剖-臨床医学とともに、まったく新しい言語観を得る。

言説とは、出来事の闖入であり、具体的事件instanceである。（1969:37=2012:51-52）。その言説はある力を持ったものとして現れる。しかし、その力は決して何らかの有機的組織化によってもたらされたものと考えてはならない。ただある言説がある特定の時期に力を持っていたという事実から始めるのである。それは、解剖-臨床医学が、屍体に刻みつけられたある局在、病気の座から始めるのと同様なのである。しかし、この局在は原因なのではない。モルガーニは座と原因を結びつけたために、歴史的に進展する症状の原因を地理的屍体空間に指定するだけにとどまったのであるが、新しい病理解剖学においては「局在の決定は、単に空間的、時間的な出発点を決定することにすぎない」。これは、最終的原因ではなく、原初的病巣なのである。言説もまた同じであって、言説的出来事の闖入を開始点として、そこから言説の規則性の有り様を探るのである。その規則性とは、病理的生命の進展と同じであって、何かを総合し、組織化するものではなく、その発展と進展と終末が時間のなかで探られるものなのであ

る。そのようにして、言説のポジティブな構成が顕になる。

私が打ち立てようとしたポジティブな構成を、外部から個々人の思考に課されたり、内部から個々人の思考にあらかじめ宿ったりする諸決定の集合として理解してはならない。ポジティブな構成するのは、むしろ、一つの実践が行使され、その実践が部分的あるいは完全な諸言表を生じさせて、ついにはその実践が変容可能となる際の、諸条件の総体である。(1969:271-272=2012:390-391)

それでは、そのような言説形成の分析が行われる舞台とはどこであろうか。それはコーパス、すなわちその語源的意味としての「屍体」である。私たちが、『臨床医学の誕生』と『知の考古学』との繋がりを決定的なものとみなすのは、前者における次の記述である。「(医学的言語が位置づけられるのは)真実が生まれ、かつ現れてくる領域としての屍体の言説的空間 *espace discursif* である」(1963:200=2011:323)。解剖-臨床医学はもはや生きてはいない屍体を言説空間に変える。屍体空間に症状の歴史性をよみこむことで、それを「その絶対的稀少性 *absolute rareté* が規定する独自の *singulier* 容積」(1963:176=2011:284)とするのである。それと同様に言表分析の方は、すでに語られてしまったこととしての言表の *énoncé* の集積、すなわち屍体=コーパスに、言説的出来事の推移を読み込もうとする。こうした推移や分岐の過程がコーパスの上に読み取られる時、それはアルシーヴとなる。実際、次に示す言語体系と、言説的出来事の領野の対比は、正確に臨床医学的経験と解剖-臨床医学的経験の対比に対応する。

一つの言語体系は、たとえそれが、はるか以前に消え去ってしまったもの、それを話す物がもはや誰もいなくなってしまうと稀少な断片から復元されたものであるとしても、それでもやはり、諸々の可能な言表のための一つのシステムを構成している。つまりそれは、無限の数の運用を可能にするような、諸規則の有限なる集合なのである。これに対し、言説的出来事の領野は常に有限で現実に制限された集合であり、実際に言説された言語的要素の連なりのみからなる。それらの言語的要素は、確かに、無数のものでありうるし、あらゆる記録、記憶、読解の許容範囲を超えるほどに多数であることもありうる。とはいえ、それらが構成しているのはやはり、一つの有限な集合なのだ。(1969=2012:55)

臨床医学における「症例」の分析は、「症例に存在しうる偶発的なもの、または変わりうるものを、無効なものとしさせる力があつた」(1963:172=2011:279)。臨床医学は本質的でないものを中立化することによって、「意味論的支持物としての機能」としての症例を取り出そうとするのであつた。しかし、解剖学の方法論においてはむしろ、そうした偶発的なもの、変わりうるもの

のをこそ、個別的なもの、稀少なものとしてそのまま捉えるのである。

要するに、フーコーが『知の考古学』において示そうとするものは、ビジャが、解剖=臨床医学において「個についての科学」を死からまなざすことで成し得たことを、言説形成の分析という場において実現しようとする事なのである。すなわち、「稀少なものについての言語学」とでも言えようものを。

もちろん、そっくりそのまま同じものではない。分析が行われるのは個人ではなくアルシーヴである。とはいえ、解剖=臨床医学が見出している個人とは、屍体として「独自の容積」のであつて、前の節でみたようにこれを実存的単独性に結びつけるよりも、言説的出来事において見出される稀少性と類似のとして考えられた方がずっと正確なのである。

『知の考古学』の結論にはっきりと「言説は生ではない」(1969=2012:394)という文句が見られる。この言葉を真剣に受け止めなければならない。言説、言い換えれば社会的なものの層における情報は、生命的なものの視点から、意味づけられたり排除されたりするものではないのだ。ビジャがカバニスと対立したように、ホフマイヤーを始めとする情報を生命的論理によって説明しようとする議論に私たちは対立する。社会情報は私たちの生命とは別の、病理的生命を持つのである。

このことは、情報に対して陰鬱な結論をもたらすものであろうか。そうではない。私たちはビジャの「生氣論」、生は、部分的な死、進行的な死、ゆっくりとした死というそれ自体で病理的生命をもつ死に対立するからこそ、「生は真実なもの」(1963=2011:243)であると述べていたことを思い起こさなければならない。「死論」*mortalisme*の基盤の上にあらわれる生氣論。私たちが、私たちのものではない生命をもつ情報を前にするときも、またそうなのである。

参考文献

- 1) 正村俊之(2003): 情報社会論から社会情報学へ、『パラダイムとしての社会情報学』, 早稲田大学出版部, pp.21-67.
- 2) 小野正嗣(2006): 臨床医学, 『フーコー・ガイドブック』, ちくま学芸文庫, pp.36-43
- 3) Dreyfus, H. Rabinow, P (1982): "Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics", Indiana University, Indiana, 山形 頼洋訳, 『ミシェル・フーコー 構造主義と解釈学を超えて - 構造主義と解釈学を超えて』, 筑摩書房, 1996.
- 4) Foucault, M. (1963): "Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical", Paris: PUF, 神谷美恵子訳, 『臨床医学の誕生』, みすず書房, 2011.
- 5) Foucault, M. (1963): "L'Archéologie du savoir", Paris: Gallimard, 慎改康之訳, 『知の考古学』, 河出書房新社, 2012.
- 6) Hoffmyer, J. (1993): "Signs of Meaning in the Universe", Indiana University, Indiana, 松野孝一郎, 高原美規訳, 『生命記号論 - 宇宙の意味と表象』, 青土社, 2005.