

Title	他者性の尊重：移民と向き合うイタリアの精神科医と心理士の治療思想
Author(s)	彌吉, 恵子
Citation	大阪大学, 2022, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/87805
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

博士論文

他者性の尊重：

移民と向き合うイタリアの精神科医と心理士の治療思想

2022年3月

大阪大学大学院人間科学研究科
人間科学専攻グローバル共生学講座
地域創生論

彌吉恵子

目次

凡例	6
用語	7
要旨	8
序論	11
I. 他者の同化なき包摂は考えられるのか？	11
多様性を推進する社会の縮図としての精神保健	11
イタリアの精神保健分野での試み	12
II. 考慮の対象とされる他者性	15
移住・移動の経験	15
文化的特性	19
III. 他者性の解釈	28
十全な理解の困難	28
第三者の介入	30
自己理解	31
実存	32
IV. 研究の方法	34
現地調査の概要	35
研究参加者の選定方法	35
研究参加者の属性	36
文献研究の概要	39
分析の対象	39
V. 本論の構成	40

第一部 移民とイタリアの精神保健	43
第1章 他者を包摂するイタリアの地域精神保健	44
精神障害者の社会的包摂をめぐるバザーリアとトビーノによる論争再考	
1.1 難民の精神障害者の自殺	45
1.2 バザーリアとトビーノの思想	46
バザーリアとトビーノの共通点	47
バザーリアとトビーノの相違点	56
1.3 平行線を辿る議論	58
1.4 法律第180号施行後の精神障害者たち	61
1.5 地域精神保健制度における社会的包摂の二面性	65
第2章 臨床家たちが移民と出会う文脈	69
2.1 移民とイタリア	70
移民送りだし国から移民受け入れ国へ	70
国内移住	76
2.2 「欧州難民危機」の最前線にあるイタリア	79
「近頃の移民」	79
難民の収容	83
難民のためのグループ・ホーム	86
2.3 面談室・診察室の外の臨床家たち	90
富裕層	90
難民にたいするサービス提供への関心	91
「各人が自分の街のトップ」	92
2.4 移民のためのサービスの強化が図られつつある地域精神保健	94
ラツィオ州の保健事業	94
移民を対象とした保健制度の周知徹底	95
推奨される通文化的アプローチ	98
2.5 医療機関外での面談の場	101
財団・NPOの面談の場	101
臨床家らが個別に設ける面談の場	104

第二部 移民の他者性を扱ううえで有用となりえる指針	108
第3章 移民の他者性の解釈を試みるとき	110
民族誌家エルネスト・デ・マルティーノの思想を参考にする臨床家たちによる論考の検討	
3.1 デ・マルティーノの歴史主義的民族学	111
3.2 「現在意識」	113
3.3 「脱歴史化」	116
3.4 「民族誌的出会い」	118
3.5 自分自身を知る	120
第4章 移民の他者性の解釈が難しいとき	123
民族精神医学の提唱者トビ・ナタンの思想を参考にする臨床家たちによる論考の検討	
4.1 トビ・ナタンの民族精神医学	124
4.2 思想潮流としての民族精神医学	129
4.3 臨床医学としての民族精神医学	133
4.4 解らないものとして留め置く	137
第三部 移民の他者性の取り扱い方	140
第5章 移民の他者性を考慮するか否かの判断	142
移住・移動の経験の取り扱いに関する臨床家らによる省察の検討	
5.1 社会適応としての移住・移動の経験	144
社会適応の両義性を認める	145
文化的な変容を促さない	147
5.2 家族との離別としての移住・移動の経験	150
イタリア人講師と移民の受講生の間で食い違う移動から想起されるもの	152
通信技術の発達が移民の家族関係に及ぼす影響を認識する	159
親子のあいだでの時間にたいする認識の齟齬に注目する	161
5.3 トラウマをもたらさうような苛酷な移住・移動の経験	165
自分自身を見つめ直す	166
苛酷な移住・移動の経験と精神障害を関連付けるレトリックを評価する	168
二つの診断を併存させる	170
5.4 「脱-白 (dis-location)」	173

第6章 移民の他者性の顕在化	177
第三者の介入をとおして潜在的な他者性の顕在化を図る臨床家らによる省察の検討	
6.1 夫婦や親子にたいする第三者としての家族療法家	179
家族療法の特徴	180
住まいに関する価値観の相違を指摘する	181
養子の適応と家族のありかたに関する見解の相違を指摘する	184
6.2 臨床家と移民にたいする第三者としてのメディエーター	187
医療通訳とのちがい	188
異質な存在としてのメディエーター	190
身近な存在としてのメディエーター	192
異質な存在でもあり身近な存在でもあるメディエーター	194
6.3 「鏡」の技法	196
第7章 解釈が困難な移民の他者性の考慮	199
移民の治療体系の取り扱いに関する臨床家らによる省察の検討	
7.1 代替の療法の提供	200
移民の母国での療法に類似する代替の特定	201
移民の母国での療法とかわらないものとしての代替の提示	202
7.2 複数の治療体系のブリコラージュ	205
移民の母国の治療体系と西洋近代的な治療体系の境界を見極める	206
西洋近代的な治療体系を必要に応じて度外視する	209
7.3 移民の母国の治療体系のみの取り扱いに伴う臨床家の同化	213
7.4 素人のように振る舞う	215
第8章 他者性を尊重するための治療思想	219
8.1 移民の他者性の維持	220
8.2 移民の他者性の活用	221
8.3 臨床家自身の他者性と向き合う	221
8.4 臨床家自身の他者性の尊重	223
結論	225
註釈	227

引用文献	240
謝辞	262

凡例

一、引用する原文においてイタリック体が用いられている場合は、訳文ではゴシック体で示した。

一、引用する原文の“ ”あるいは《 》は、訳文では「 」を用いた。ただし、「 」でくくった引用部分で、“ ”あるいは《 》で括られている箇所には、“ ”を用いた。

一、原語を示す場合は、（ ）で括った。

一、引用において筆者が補足する場合は、（ ）を用いた。

一、引用する原文において大文字で強調されている語は、訳文では〈 〉を用いた。

一、翻訳書からの引用で、原書の出版年を示す場合、または、論文集からの引用で、転載された論文の出版年を示す場合は、[]を用いた。

一、翻訳書からの引用で、原書の出版年と改訂版の出版年を示す場合、まず原書の改訂版の出版年を示し、つづいて[]を用いて初版の出版年を記し、=のあとに翻訳書の出版年を記した。例：(de Martino 2015 [1948]:74=1988:188-189)

用語

イタリア人

特にことわりがない限り、移民でイタリア国籍を取得している者は、イタリア人とは呼ばない。

移民

特にことわりがない限り、イタリア国外からやってきて、イタリア国内に滞在中あるいは定住している者をさす。また、イタリア生まれであるが、両親や祖父/祖母が、移民としてイタリア国外からイタリアに移住している者も、移民とよぶ。

難民

イタリアの医療従事者は、難民審査委員会から難民認定を受けるまえの者も難民と呼ぶため、本稿では、難民認定申請中の者も難民と呼ぶ。なお、近年、難民と移民の境界が非常にあいまいになっている（United Nations 2007, Long 2013）。難民としてイタリアに入国する者のなかには、「迫害や戦争」以外のものから逃れてくる者も増えただけでなく、出稼ぎのために難民を装う者も少なくないことから、本稿で難民として記述される者は、UNHCR が定義するような難民とは言えない場合もあることを断っておく。

要旨

キーワード：他者性、移民、移住・移動、包摂、イタリアの精神保健

近年、移民受入国では、移民にたいしてどのような精神保健サービスを提供するかが課題となっている。往々にして、移民の出身地における心の病いの捉え方や癒し方と、西洋近代的な精神医学を学んだ臨床家たちによる診断や治療の間に齟齬が生じるため、臨床家にとって移民の精神障害者は、同邦人の精神障害者とは異なる他者となっているからである。そこで一部の臨床家たちは、移民の精神障害者とホスト市民の精神障害者の間にある文化的な差異や個々人の特異性といった、移民の他者性に着目するようになった。診断や治療の場面において、移民の他者性が、その移民にとってどれほど病いに影響を与えうるのかをその都度評価し、必要と考えられる場合には、移民の他者性に配慮しつつサービスの適正化を図ることで、移民の精神障害者にたいして、ホスト市民の精神障害者同様の適切な精神保健サービスを保障しようと考えたのである。では移民の他者性に配慮しようとする臨床家たちは、移民の精神障害者の他者性をどのように取り扱おうとしているのであろうか。

そこで本研究では、近年、世界中から移民が流入するようになったイタリアにおいて、精神障害者を地域社会の一市民として包摂する地域精神保健制度のもと、移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる臨床家らに注目し、現地調査と文献研究をとおして、他者性の取り扱いに関する彼らの省察を検討した。まず、現地調査は、ミラノ、ローマ、ピサにおいて、2016年11月から2020年2月まで断続的に行った。研究参加者は計45名で、各人にたいして半構造化インタビューを行うとともに、彼らが働く医療機関や心理士養成校、関連のセミナー、事例検討会などでは参与観察も行った。また、データの分析にあたってはコーディングを行い、主要な概念を抽出した。一方、文献研究では、臨床家らが臨床で参考にしていない文献と、その文献で提唱されている概念などをとりあげた臨床家らの論考を取り上げ、彼らの「参考書」で提唱されている概念などが、どのように解釈され、臨床で活かされようとしているのかを検討していった。

第一部では、文献研究と聞き取り調査、参与観察の結果をとおして、移民の他者性を考慮することで適切なサービスを提供したいと考える臨床家たちが、どのような文脈で移民の精神障害者と出会っているのかを紹介し

た。まず、1978年に精神病院の閉鎖をめぐり精神科医のバザーリアとトビーノの間に生じた論争と、2014年の難民の自殺事件をとりあげること、移民の精神障害者を地域社会の一員として迎え入れる地域精神保健制度では、移民の精神障害者の社会的包摂が同化に転じる可能性が排除しきれないことを指摘し、臨床家らが移民の同化なき包摂を試みる必要があることを示した。続いて、昨今イタリアでは、重篤な精神障害に苦しむことがある難民が急増し、臨床家らは、入院治療を殆ど行えずジレンマを覚える一方で、難民のための精神保健事業に参加して業績をつくろうと、イタリア国内の他の都市や学派・団体で活動する臨床家らと競争する場合もあることを叙述した。

第二部では、文献研究の結果をとおして、移民の他者性の解釈に努める臨床家らが、民族誌家のデ・マルティーノと心理士・精神分析家のナタンの思想から、移民の他者性を扱ううえで有用となりえる、どのような指針を導出しているのかを検討した。臨床家らは、デ・マルティーノの思想からは、歴史過程の諸関係のなかで移民の他者性を解釈しつつ、精神医療の文化的特性に気付くことで、精神医療そのもののあり方を見直す、という指針を導出し、ナタンの治療思想からは、解釈が難しい他者性を扱う際には、第三者にも解釈を委ね、適切と考えられる場合は、他者性を解らないものとして留め置くという指針を導出していたと考えられた。

第三部では、主に聞き取り調査と参与観察の結果をとおして、診断や治療の場面で移民の他者性を考慮しようとする臨床家らが、移民の他者性をどのように取り扱おうとしているのかを検討した。まず、考慮するか否かの判断が難しい移住・移動の経験という他者性をとりあげ、臨床家らが、特定の考え方だけに依拠しないよう努め、その判断をつけようとしていると指摘した。一方、潜在的な移民の他者性の看過を回避しようとする臨床家らは、イタリア人と移民の間のやりとりに第三者を介入させることで、潜在的な移民の他者性の顕在化を図っており、そうすることで移民を同化するのではなく、他者として留め置こうとしていると論じた。最後に、解釈が難しい他者性である、移民の治療体系の考慮のありかたを検討し、病いの解釈を試みる時移民の治療体系を採り入れようとする臨床家らは、複数の治療体系のどの治療体系も優位に立たせず相補的に用いようとするが、適切と判断すれば、移民の治療体系を優先的に考慮した解釈を行うということを示した。

イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスを提供しようとする臨床家らは、移民の他者性を維持し、それを価値あるものと認めて積極

的に活用しようとすることで、自分自身の他者性と向き合うことになり、それは自らの他者性の尊重に繋がっていくのだと考えられる。ところがそのとき、臨床家は競争相手である国内の他の学派の臨床家と積極的に交流しようとはせず、その他者性の維持や活用を図ろうとはしないことから、移民の心の病いの治療者としての自らの他者性も尊重するまでには至っていないと思われる。イタリアでは、移民の他者性を適切に取り扱いたいと願う臨床家たちによって、他者性を尊重するための治療思想が形成されつつあるが、それはまだ、あらゆる他者性を尊重するための治療思想ではないと考えられる。

序論

1. 他者の同化なき包摂は考えられるのか？

多様性を推進する社会の縮図としての精神保健

人の移動が流動化し、世界中の出来事が一瞬にしてインターネットをつうじて伝わるようになった現代社会において、価値観の多様化がすすみつつある。そうしたなか、北米や欧州諸国を中心として、社会の多様性の推進が図られるようになってきた。例えば、ドイツでは、2006年に『多様性憲章』が著され、労働市場における個々人の「年齢、民族的背景と国籍、ジェンダーと性同一性、身体的・精神的な能力（障害）、宗教と世界観、性的指向、社会的背景」の尊重が促されるようになった（charta der vielfalt 2021）。英国では2010年に「平等法（Equality Act）」が制定され、「年齢、障害、性適合、結婚と市民パートナーシップ（同性婚）、妊娠と出産・育児、人種、宗教あるいは信条、性別、性的指向」が「保護される特性（protected characteristic）」として認識されるようになった（United Kingdom 2010）。いずれの場合も、特定の年齢の者、あるいは特定の宗教を信仰する者などにたいする差別を禁じ、妊婦とそうでない者どうしや性的指向の異なる者どうしなどで、機会の不均等が生じないよう配慮することが指向されている。ドイツや英国でこのような取り組みがなされるということは、人々の包摂を試みる際、人々の間にある差異を障壁とみなして克服を図るよりも、差異がある状態の維持が目指されるようになった、ということである。これは、特定の「他者」を想定する包摂ばかりでなく、誰もが「他者」でありえるという想定のもと、包摂が図られるようになってきていることを意味する。

そこで、社会の多様性を推進する国々では、各人の文化的・社会的特性や特異性といった他者性をどのように考慮すれば、多様な人々を社会に包摂できるのか、ということが課題となっている。例えば、1995年に「障害者差別禁止法」（Disability discrimination Act）（United Kingdom 1995）を制定した英国では、歴史的建造物のバリアフリー化が推進されるようになったのだが、歴史的建造物の保存に携わる人々と、歴史的建造物を訪れたい障害者やその介護人のそれぞれの意向を十分に反映したバリアフリー化は難しい。文化遺産として指定された建造物の管理者が、同法と文化遺産の保護制度との間で板挟みになる場合もあることが報告されるなか（Pottinger et al. 2005:82-81）、障害者が歴史的建造物にアクセスする権利の保障と、歴史的建造物の保存が両立できない場

合、現行の法律や政策においては、建造物の保存が優先されているのである (ibid.:98)。一方、2001年に世界で初めて同性婚を合法化したオランダでは、性的少数者を婚姻制度に包摂したとき、そのことで損なわれうる別の「他者」の価値観の尊重も図られた。つまり、「正統派の」キリスト教信者だということなどで、同性婚を受け容れられないシビルウェディングの司式者にたいして、挙式の執行を拒否する権利が認められたのである¹ (Derks 2017)。その後、司式者の拒否権をめぐって、オランダ国内で大きな論争が生じたという。「正統派の」キリスト教徒と関連付けられる拒否権に賛成する人々と、LGBTと関連付けられる反対派のあいだで、「誰が(周縁化の)危機に瀕するマイノリティなのか」について議論がなされたのである (ibid.:221)。誰が「他者」となり、その他者性をどのように取り扱うのかは、それぞれの文脈で異なる。他者性への配慮のありかたは、その都度、見出していかなければならないのである。

そうしたなか、近年、移民の文化的な特性や個々の特異性に配慮することで、移民に対して、ホスト市民にたいする精神保健サービスと同様の適切なサービスを提供しようとする動きが、一部の臨床家のあいだで見られるようになった。これは、精神保健サービスを提供する場が、多様性を推進する社会の縮図へと転じたことを意味する。ホスト社会のなかで、移民を他者として位置づけるのか否かが問われるように、精神保健サービスのなかでも、移民をどのように位置づけるのかが問われるようになったからである。

このとき、それぞれの移民の精神障害者の文化的特性や特異性をどのように取り扱うのか、ということが問題となってくる。移民の精神障害者にたいして、ホスト市民の精神障害者に提供されるサービスと同様の適切な精神保健サービスを提供したいというのであれば、移民にとって自らの病いが何を意味しうるのかを検討せねばならず、そうするには、移民の病いの語りをとおした、移民の文化的特性や特異性の解釈を試みていく必要がある。例えば、移民による特定の苦しみの慣用表現が、移民の出身地では何を意味しているのか、あるいは、特定の症状が、移民の出身地ではどのように癒されているのか、その理解を試みなければならない。

イタリアの精神保健分野での試み

そこで本研究では、精神保健分野の臨床家たちが、移民の他者性をどのように取り扱おうとしているのかを検討していくうえで、イタリアの精神保健に着目した。精神障害者は、往々にして他者とみなされ、精神病院に

収容されるのだが、イタリアでは、精神障害者の位置づけが異なる。精神障害者を他者とみなさない地域精神保健制度が敷かれているのである。

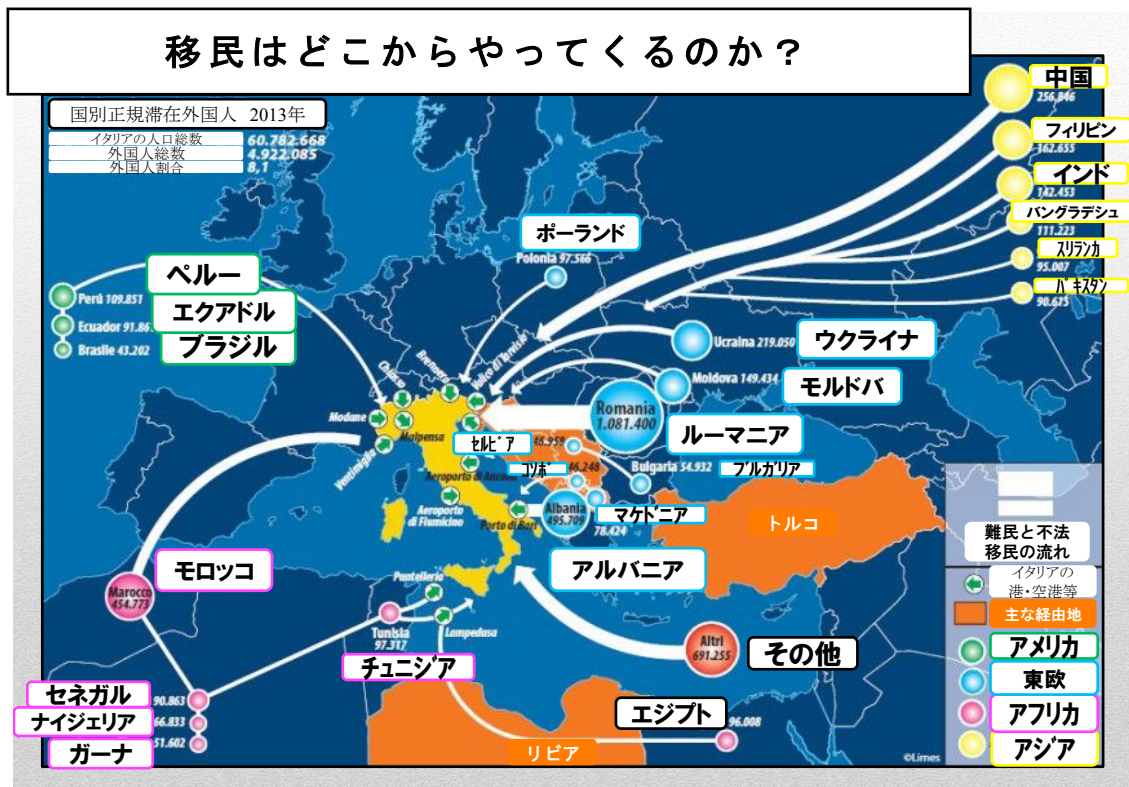
1978年に法律第180号（いわゆる「バザーリア法」）が施行され、治療の場が精神病院から地域社会に移されて以来、イタリアで暮らす精神障害者は、一市民とみなされるようになり、地域社会に包摂されている。これは、移民の精神障害者であっても、イタリア市民と同じ市民とみなされ、地域社会に迎え入れられるということであり、また、地域社会の一市民として暮らすイタリア人の精神障害者と同じように、イタリアの地域社会のなかで暮らす、ということの意味する。

さらに、イタリアの移民は、1950年頃から移民の流入がはじまった、広大な旧植民地からの移民が多いフランスや英国、オランダなどの移民（Jordan-Bychkov & Jordan 2008[2002]:157）とは異なり、文化的に極めて多様である。これは、移民の他者性の解釈が難しくなることを意味する。例えば、旧植民地出身の移民は、往々にして、移住先である旧宗主国の言語を話し、その文化に親しんでいる。一方、旧宗主国の臨床家は、旧植民地について何らかの知識を持っているはずである。こうした場合、移住以前から移住先の文化に大きく影響を受けている移民の文化的特性は、臨床家にとっては、特に考慮が必要とされない類のものである可能性が高く、また言語的障壁などがなく意思の疎通が図りやすいため、文化的特性の解釈も困難を極めるようなことはないと思われる。

ところが、1980年代から移民が増え始めたイタリアには（*ibid.*:183）、いまや世界各地から移民が流入するようになっている（図I.1参照）。イタリアの移民は、旧植民地の出身者が多いというわけではないため、移住以前からイタリアの文化に親しみイタリア語も学んでいるとは限らない。通訳の介入で、ある程度、乗り越えることができる言語的障壁も、通訳の数が限られている稀少言語の話者である場合、全く排除できない可能性がでてくる²。また、イタリアの臨床家にとって、移民の文化圏が馴染みのないものであれば、文化的特性の解釈のほか、どこに自分自身と移民の文化的差異があるのかを見極めなければならない。そうするには、移民の出身地の文化を学んでいく必要があるのだが、全ての移民の文化を網羅的に学ぶことはほぼ不可能に等しい。イタリアにおいては、移民の他者性を解釈するという前提が成り立ちにくくなっているのである。

では、イタリアで、移民の文化的な特性や個々の特異性に配慮することで、移民に対して、ホスト市民にたいする精神保健サービスと同様の適切

なサービスを提供しようとする精神科医と心理士は、移民の精神障害者を地域精神保健制度に包摂しながら、移民の精神障害者の他者性をどのように取り扱おうとしているのであろうか。診断や治療の場面で、臨床家たちはどのような仕方で、移民の他者性と出会うのであろうか。移民の他者性は、診断や治療の場面における、どのような困難と関連し、その困難に対して、臨床家らはどのように対処しようとするのであろうか。移民の社会的包摂では、臨床家たちは、移民の精神障害者の他者性をどのように取り扱うことで、移民の同化を回避しようとしているのであろうか。以上のような問いに答えていくことで、移民の他者性へ配慮しようとする臨床家たちが、移民の精神障害者を、地域精神保健制度のなかでどのように位置づけていくのかを詳らかにすることができる。そうすることで、本研究では、移民の同化なき包摂が考えられるものなのかを論じていきたい。



地図 I.1 イタリアの移民の出身国

出典：Canali(2015) (<http://www.limesonline.com/da-dove-vengono-i-migranti-3/73922>, 2019・11・25 アクセス)

ここまで、本研究で、移民にたいする精神保健サービスにおける他者性の取り扱いかたに注目する意義と、研究の対象としてイタリアの精神保健を取り上げる理由を述べてきた。続いて、移民の他者性に配慮しようとするイタリアの臨床家たちが、どのようにして移民の他者性を取り扱うのかを検討していくうえで確認が必要となる、いわゆる移民大国の臨床家らによる、移民の他者性の取り扱いかたについてみていくことにしよう。

11. 考慮の対象とされる他者性

臨床家は「患者が患う〈病い〉」を「医師が診断し治療する〈疾病〉」として再定義する（Eisenberg 1977:11）。このとき患者が移民であれば、ホスト市民の患者との間に生じうる差異を考慮することが適切なのか不適切なのかを見極めねばならない。言い換えれば、臨床家は、移民の精神障害者をホスト市民の精神障害者と同類と見なし、差異を度外視した診断と治療を行うのか、あるいは、移民の精神障害者を他者と見なし、差異を考慮した診断と治療を行うのか、判断せねばならないのである。この判断にあたり主に注目されるのが、移民の移住・移動の経験という特異性と、移民の文化的特性の二つである³。そこで、本節では、移民の移住・移動の経験と文化的特性という他者性のそれぞれの取り扱いに関して、移民大国である北米や英国の研究者⁴を中心として展開されてきた、国際的にも大きな影響力を持つ議論を、順次概観していくことにする。そして最後に、イタリアで、移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる臨床家たちの独自性が、どこに見出せうるのかを示していくことにする。

移住・移動の経験

西洋近代的な精神医療サービスを提供する大多数の臨床家らは、概ね、どのような治療思想を拠り所とする場合でも、移民の精神障害者は、移住・移動の経験がない精神障害者とは異なると考え、移住・移動の経験を考慮した診断と治療を行う⁵。現在まで、移民とホスト市民、あるいは移民と母国で暮らす移民の同邦人とを比較した研究が数多く行われ、移民のほうが精神疾患の罹患率が高いと結論付けられた研究が積み重ねられてきたことで（Bhugra & Gupta 2017[2011]:44）、臨床家のあいだでは、移民には精神障害者が多いという認識が広く共有されているのである。では、臨床家らは、移民の罹患率が高くなる理由を、どのように説明しようとしているのであろうか。

移住・移動の経験と精神障害を結び付ける仮説としてよく挙げられるのは、「選択仮説」と「ストレス仮説」である。まず、選択仮説では、精神的に不安定で病みやすい者が移民になると考える(Littlewood & Lipsedge 1997:84)。精神的に不安定な人々が、個人的な問題を解決しようと移動・移住する、と説明されるのである(Helman 2018[2007]:332)。この仮説は、19世紀の米国においては、精神科医らに限らず、広く支持されていた。1840年代に移民排斥運動が起きたとき、米国政府は、アサイラムに収容される移民の総数の調査を行い、その結果、移民である者がそうでない者よりも圧倒的に多く収容されていることが確認できたからである。以来、移民の出身地である欧州諸国は、精神障害者に米国への移住を促すことで、精神障害者の排除を図っている、と米国では考えられるようになり、20世紀初頭までには、精神障害者の移住は禁止されることとなった(Littlewood & Lipsedge 1997:85)。

この選択仮説を体系的にはじめて検証したのが、ノルウェーの精神科医ウルヌルフ・ウデゴールである(Kirkbride & Jones 2017[2011]:46)。1932年にウーデゴールは、米国に移住したノルウェー人とノルウェーに住むノルウェー人の統合失調症による入院率を調べ、移住者の入院率がノルウェー在住者の2倍であることを示した(Ødegaard 1932 in Kirkbride & Jones 2017[2011]:46, in Littlewood & Lipsedge 1997:85)。入院率のみの調査という限界がある研究とはいえ、ウーデゴールは、選択仮説の妥当性を裏付けようとしたのである。

かわってストレス仮説は、移住・移動そのものがストレスとなって発症すると考えるもので、移住・移動後の要因をストレスと捉える場合と、移住・移動の過程をストレスと捉える場合がある。例えば、17世紀のスイスの精神科医ヨハネス・ホーファーは、移住・移動の経験と精神障害をはじめて関連付け、移住・移動後のストレスが精神障害の発症を促す、という仮説を提唱した。ホーファーは、三十年戦争中、フランドルに駐留する望郷の念に駆られたスペイン兵の間でみられた、「抑鬱、発熱、動悸、不安」といった症状を「ノスタルジア」(Hofer 1688)と名付けたのである(Littlewood & Lipsedge 1997:85)。以降、「旅行者、隔離された者、故郷を離れた者は、ノスタルジアとして知られる障害に苦しむと信じられてきた」のである(ibid.)。

時代が下り、ノスタルジアが精神障害として取り上げられなくなっていくなか、多様な移住・移動後のストレス要因が注目されるようになってい

った。例えば、人類学者でもある英国の医師のセシル・G・ヘルマンは、精神障害の発症を促しうる要因として、「アイデンティティーの喪失」を挙げ、次のような、移住後の4つの「反転」(inversions)が移民のアイデンティティーを喪失させうると主張している。第一に、移住先で育った子どもの知識に第一世代や第二世代が依存することで起こる「世代の反転」(generational inversion)、第二に、移住先で女性が移住前よりも自立するようになることで起こる「ジェンダー役割の反転」(gender inversion)、第三に、故郷での過去が現在や未来よりも重要に感じることで生じる「時間の反転」(time inversion)、そして第四に、祖国の地形や情景が現在の居住空間よりも重要に感じることで生じる「空間の反転」(space inversion)である(Helman 2018[2007]:330-331[321-322])。ヘルマンはまた、移民の社会的周縁化をまねく、人種差別、劣悪な住環境、高い失業率、低収入などにも留意すべきだという指摘をしている (ibid.:334)。

一方、移住・移動の過程をストレスと捉える場合には、往々にして、難民が研究の対象となる。望んだのではなくやむを得ず見知らぬ土地に移住・移動することになった者には、精神障害者が多いと考えられているのである (Littlewood & Lipsedge 1997:103)。こうした考えかたは、疫学的な研究のみならず、人類学的な研究にも基づいている。例えば、強制移住の研究で知られる米国の人類学者エリザベス・コルソンは、過去の経験を清算し、前向きに歩み出すことに困難を覚えるものである難民は、失われた故国を想い、悲嘆に暮れる傾向が強いという指摘をしている (Colson 2003:9)。こうした難民の精神に対して、深刻かつ長期におよぶ影響を及ぼしうる要因として挙げられるのは、急な移動により、食料、金銭、衣類、家具、貴重品などを持参できなかったこと、一家離散、高齢者や病人を見捨てたこと、農村で作物、家畜、農具を残してきたことなどだと考えられている (Helman 2018[2007]:331)。

ホーフアが移住・移動と精神障害の関係に着目して以来、選択仮説とストレス仮説以外にも様々な仮説が提唱されるようになってきている。英国の精神科医であるジェームズ・G・カークブライドとピーター・B・ジョーンズは、現在までに立てられた仮説の数々を10種に分類し (H1 から H10 まで)、次の様に紹介している。

- H1 遺伝的に精神病になりやすい人が移住する傾向が強い
- H2 出身国における高い発症率が、移住者の高い発症率を説明

- H3 ホスト集団と移住集団の年齢、性別、配偶者の有無および社会経済的地位の違いが発症率の差を説明
- H4 ホスト国の精神科医は移住者集団の社会文化的規範をよく知らず、精神病症状を誤診する場合があります、移住者を、他の精神性障害と比べて統合失調症と過剰判断する傾向がある
- H5 複数あるが、移住のマイナス影響、文化変容および移住後の生活が関連。ストレス/脆弱性が、潜在的な生物学的メカニズムとされる
- H6 出生前、周産期および小児期全体など、ライフコースにおけるさまざまな要因が移住者に大きく影響。ビタミンD仮説（移住後の母胎のビタミンD摂取量の変化により子どもの神経発達が変化）
- H7 移住者の方が薬物乱用者が多いことが高率の理由
- H8 ライフイベントの解釈が移住者集団の精神病に大きく影響
- H9 遺伝的要因で移住者集団の高い発症率を説明
- H10 精神病に対する感受性が高い遺伝子を元々持っている人はストレスの多い環境要因（移住過程およびその他の移住後の要因）にさらされた場合、リスクが増加する。後成的に調整される場合もある（移住後の環境刺激の変化を受けた遺伝子発現の変化）（Kirkbride & Jones 2017[2011]:54-58）

カークブライドとジョーンズによれば、現在、仮説として最も有望視できるのは、H5のストレス仮説と呼べるもので、両名による、H5の有力性評価では、五段階評価で4点となっている。

興味深いのは、有力性評価に付された次の様な註記である。「各仮説に対する支持の強さを、現在入手可能な賛否のエビデンスの解釈に基づき五段階で示す。仮説10の評価に利用可能なエビデンスは十分ではなく、推定による評価が付けられている」（*ibid.*:58）。こうした註記がつけられているのは、多くの仮説が立てられるなか、移住・移動の経験によって精神障害が生じるメカニズムが、まだ納得のいく形で十二分に説明できないからであろう。つまり、移住・移動の経験と精神障害を常に関連付けることが理に叶っているのかどうか、定かではないのである。

数が多いとはいえないが、移住・移動の経験が必ずしも罹患率を高めるわけではないと結論付ける報告もなされている。例えば、母国における社会的役割に大きなストレスを覚えていた者が、文化的に異なる移住先においてストレスから解放され、病みにくくなる場合もあれば（Littlewood & Lipsedge 1997:98）、政治目的で移住・移動する者は病みにくくな

るという場合もある (Mezey 1960 in Littlewood & Lipsedge 1997:95)。人類学者のマリエッラ・パンドルフィは、移民が語る病いの苦しみは「常に、出移民の病的逸脱というような、一つの解釈に還元できるわけではない」(Pandolfi 1993:102)と主張する。彼女は、臨床家らが病いを疾患に再定義するとき、移民が移住・移動を経験しているという点に過度に注目することを戒めているのである。

ここまでみてきたとおり、いくつかの例外はあるものの、全般的に臨床家らは、移住・移動の経験を、移民の精神障害者と移民ではない精神障害者を隔てる差異として認識しているといえる。移民の精神障害者をホスト市民の精神障害者とは異なる他者とみなす臨床家らの間では、移住・移動の経験を考慮した診断と治療を行う傾向が強くなっていると考えられるのである。

文化的特性

移住・移動の経験が、ほぼ常に、移民とホスト市民の間の差異とみなされ、診断と治療の場面で考慮の対象とされているのに対し、移民の文化的特性を考慮の対象とするか否かに関しては、どのような治療思想を抛り所とするかによって、見解が分かれる。そこで以下、精神保健における主だった3つの治療思想である生物医学と精神分析、文化精神医学を取り上げ、それぞれの治療思想で、文化的特性がどのように取り扱われているのかをみていくことにしよう。

まず、生物医学を抛り所とする臨床家は、脳になんらかの異常を来すことで精神障害が生じると考えるため (Luhrman 2000:138)、病いを疾病へと再定義するさい、文化的差異を積極的に考慮することはないといえる。例えば、精神医学と神経科学を専門とするオーストリア出身で米国籍のリック・R・カンデルは、生物医学的な思想の枠組を次の様に示している⁶。

- ①あらゆる精神活動は、極めて複雑な心理的プロセスであっても、脳の活動から派生する。精神疾患の特徴をなす行動障害は、障害の原因が、明らかに環境を起源とする症例であっても、脳機能の障害である。
- ②遺伝子そしてとりわけ遺伝子の組み合わせは、行動をかなり大きく制御する。(遺伝子は) 主要な精神疾患の発現を促す一つの要素である。
- ③精神療法あるいはカウンセリングが有効で、長期の行動変化を引き起こす場合、そうなるのは、おそらく学習をとおして、(中略) 遺伝子発

現に変化がもたらされるからである。脳画像の解像度が向上すれば、いつか精神療法の結果を定量的に評価できるようになるはずである (Kandel 1998:460)。

現在、精神医療全般において、生物医学的な治療思想が主流となっている。このような生物医学的な治療思想の台頭を後押ししてきたのは、主に、向精神薬の発見と米国精神医学会から刊行された『精神障害の診断と統計マニュアル第三版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition)』 (1980) (以下、DSM-III) に代表される統一された診断基準の誕生である。以下、その概要をまとめておく。

まず、中枢神経に作用し、精神活動に働き掛けるとされるクロルプロマジンとして知られる向精神薬は、精神科医で神経科医でもあるフランスのジャン・ドレーとピエール・ドニカーによって発見されたと言われている⁷。クロルプロマジンが統合失調症にたいして治療効果を発揮することを1952年に報告したドレーとドニカーは (Delay et al. 1952)、クロルプロマジンの効用の重要性を世界中に認めさせようと、世界各地から研究者を呼んでパリで一連のミーティングを行ったという。そうして彼らは、精神医学に薬物療法を初めて導入し、臨床での薬剤の使用を確立したのである (Healy 1998:91)。

以降、様々な向精神薬が開発されていくのであるが、なかでも1990年代に登場した抗うつ薬のプロザックは、精神薬理学のめざましい発展に貢献したといえる。プロザックは、うつの治療薬としてだけでなく、能力の向上を促し、人格まで変えうるものとして称賛されるような時期もあったからである (Kramer 1993)。

一方、1980年に出版されたアメリカ精神医学会によるDSM-IIIは、「心理学的な枠組みに関してはより明確に精神分析的であった」DSM-IIから一転して、精神分析の核となる神経症 (心因による障害) の概念が排除された内容となった (小此木 2005:23)。さらに、精神障害では特定が極めて難しい病因に焦点をあてるのではなく、「表にあらわれた症状」に焦点をあて、その記述にもとづく診断分類が採用された (大野・斉藤: 101-102)。

こうした転換があったのは、明確で統一された診断基準を設定することで、診断の妥当性や正確性を高め、精神医療を「再医学化」 (生物医学化) するためであった (小此木 2005:21-23)。つまり、19世紀に行わ

れていたような「一般身体医学の自然科学的研究探索モデル」への回帰が図られたといえるのである（小此木 2005:21）。以降、改訂を重ねる DSM は、世界各地の臨床家らによって、精神保健の現場で広く用いられるようになっただけでなく、実証的調査研究、統計的・疫学的調査、保険会社に対する治療費の払い戻し、向精神薬の治療効果の評価などといった場面でも大いに活用されるようになった（ibid.:23）。

生物医学を拠り所とする臨床家らが、精神障害者の文化的特性をどのように捉えているのかは、2000年に発表された DSM-IV-TR をとおして推し量れる。DSM-IV-TR では、移民の文化的特性である文化結合症⁸がはじめて取り上げられた。だが、それは本巻ではなく付録における記載であり、具体的な療法について言及もなかった（American Psychiatric Association 2000）。文化結合症がこのように取り扱われるのは、移民の文化的特性はマージナルなものともみなされているからであろう。生物医学を拠り所とする臨床家らにとって、「文化的差異は存在するかもしれないが、それが病的な現象そのものの中心的要素とはみなされない」

（Good & Kleinman 1985:492）のである。

同様に、フロイトが提唱した理論を継承する、いわゆる正統的な精神分析を行う臨床家らも、長らく、診断や治療の場面で精神障害者の文化的特性を顧みることがなかった（Tummala-Narra 2015, 2016）。そうしたなか、昨今、精神分析を学んだ移民の臨床家たちの間で、精神分析における文化的特性の考慮のありかたについて議論がなされるようになっていく⁹。そこで、以下、精神分析における文化的差異の取り扱われ方について研究をしている、幼少時に米国に移住したインド人精神分析家トゥマラ＝ナラによる論考を中心に、みていくことにしたい。

精神分析の主要な理論を取り上げた文献のレビューを行ったトゥマラ＝ナラによれば、精神障害者の文化的特性に注目することを精神分析の本質的価値観として論じる論文はひとつもなく、精神分析の歴史に関する文献でも、異文化圏の精神障害者と精神分析の相互関係については殆ど言及がない（Tummala-Narra 2016:458）。そこでトゥマラ＝ナラは、精神分析の理論の研究家であり心理士でもあるエドワード・ワトキンソンの研究（Watkinson 2012）を紹介し、精神分析の研究がいかに西洋圏の精神障害者を中心に行われてきたのかを示している（Tummala-Narra 2015:278, 2016:465）。

ワトキンソンは、1960年1月から2010年4月までに発表された、20世紀に行われた精神力動論を拠り所とする心理療法を取り上げた104の研

究（研究対象者となった精神障害者の総数は9000名以上）を選出し、それぞれの研究で、精神障害者の人種や民族性について言及があるか否かを検討した。すると、全体の75%の研究において、精神障害者の人種や民族性について言及がなく、そうした情報が提供されている場合は、その75%が白人、21%が黒人、4%がその他（アジア系、ヒスパニック系、アメリカン・インディアンなど）であったことが判明したのである（Watkinson 2012）。

トゥマラ＝ナラは、正統派とされる精神分析家たちが、精神障害者の文化的特性を積極的に考慮してこなかった理由として、次の2点を挙げている。第一に、フロイトがユダヤ人であったことが関係している。フロイトは、精神分析が、ユダヤ人のみを対象とした心理療法と見なされないよう腐心していたという（Tammala-Narra 2016:424）。そこでフロイトは、精神障害者の社会的あるいは文化的特性よりも、人間の生物学的本能（食欲、性欲、排泄など）に注目して、人間の精神を普遍的な用語で説き明かすことを目指したのだという（ibid.:339）。フロイトが、どのような文化圏の精神障害者にたいしても用いることのできる心理療法を目指していたということに、間違いはないであろう。フロイトは『続・精神分析入門講義』（1932）において「精神分析は独自の世界観を作り出す力はない」と述べ、その世界観は「科学的」なもの、つまり「客観的」で「普遍的」なものであると主張している（Freud 1932=2011:240）。

第二に、フロイトの理論を継承した精神分析家たちのその大多数が、ユダヤ人であったことも関係している。精神分析家たちは、ナチスの台頭により、安全のため自らの文化的な伝統を手放すことになり、これが、精神障害者の文化的特性よりも、どの人間でも同じ構造だと考えられる内面（エゴ）に注目することを更に促進したのだ、とトゥマラ＝ナラは述べている（Tammala-Narra 2015:279）。こうして、フロイトの理論を抛り所とする精神分析家のあいだでは、精神分析は「文化的前提に依拠しない」ものとみなされるようになり（Littlewood and Lipsedge 1997:157）、文化的差異を考慮することで、心理療法の枠組みの効果が低減しうる、とも考えられるようになったのである（Tammala-Narra 2016:559）。

ところが、昨今、心理療法の分野全般で、精神障害者の文化的特性を配慮したサービスの提供が促進されるようになり、臨床家の文化能力（cultural competenceあるいはcultural competency）¹⁰が問われるようになった。2003年にアメリカ心理学会（American

Psychological Association) は、文化的に多様な精神障害者にたいしてサービス提供を行う臨床家らのためのガイドライン (American Psychological Association 2003) を作成し、心理士の育成機関では、文化的多様性に関する講義が必修科目となった (Tammala-Narra 2015:276-277)。さらに、関係精神分析や認知行動療法を専門とする臨床家らは、積極的に文化的差異を考慮することに取り組み始め (ibid.:278, 280)、なかでも認知行動療法の理論家たちは、臨床家が文化能力を持っていることが認知行動療法における基本的な原則だと主張するようになった (ibid.:278, citing Hays 2009, Newman 2010)。こうして、精神分析家のあいだでも、精神障害者の文化的特性にたいする配慮の必要性が認識されるようになってきたのである (Huff-Müller 2021:44-45, Tammala-Narra 2015, 2016)。

現在、移民である精神分析家らが中心となり、精神障害者の文化的特性の取り扱いかたについて議論が展開されるようになっており、管見によれば、その主だった論点は次の三点にまとめられる。まず、精神障害者の文化的特性に配慮しようとする精神分析家は、移民の精神障害者が複数の文化的アイデンティティ/ハイブリッド・アイデンティティを持っていることを認識すべきだとの提言がなされている (Akhtar 1995, Özbek 2017, 2021, Tammala-Narra 2016 など)。例えば、ドイツのトルコ系移民であるオズベクは、複数の文化によって形成されたハイブリッド・アイデンティティを持つということは、どの文化にも属していないということだと指摘し、精神分析家らは、ハイブリッド・アイデンティティの持ち主である精神障害者が覚える「何かが欠けている」という感覚が、常に病的なものではないことに注意せねばならないと論じている (Özbek 2021:105)。

第二に、精神障害者の文化的特性に配慮しようとする精神分析家らは、自らのアイデンティティを問い直すべきである、ということも指摘されている (Beltsiou 2016, Davids 2021, Tammala-Narra 2015, 2016)。精神分析家は、自分自身の視座・価値観が西洋文化によって形成されたものであり、非西洋圏の精神障害者にたいして偏見を持ちうることを自覚していなければならないほか (Davids 2021:25)、そうしたアイデンティティの問い直しは、実践のみならず、精神分析の理論と向き合うときにも必要だと考えられている (Tammala-Narra 2015:283)。このアイデンティティの問い直しに関する議論は、第三の論点につながっていく。

精神障害者の文化的特性に配慮しようとする精神分析家たちが、臨床家としての自らの限界を認識する必要性も強調されている。例えば、精神分析家と精神障害者の間の言語的差異がもたらす、言語を介した精神分析における理解の限界や（Gogolin 2021:77）、文化的差異を考慮する精神分析の「モデル」の欠如が指摘されている（Huff-Müller 2021:51）。そこで精神分析以外の学派の理論を採り入れることが推奨され¹¹

（Tummala-Narra 2016:1633）、文化的差異を完全に理解できない場合があることも心得ていなければならない、といった提言がなされているのである（Huff-Müller 2021:51）。

トゥマラ＝ナラが言うように、精神分析において文化的差異を考慮するという試みはここ数十年で積極的に行われるようになったばかりで、その取り組みはまだ道半ばである（Tummala-Narra 2016:1247）。今後は、移民の精神分析家らを中心として、文化的差異を考慮する精神分析のありかたをめぐり、議論が深まっていくと思われる。

さて、精神分析とは対象的に、精神障害者の文化的特性を考慮することを出発点として形成されてきたのが、文化精神医学と呼ばれることの多い治療思想である¹²。この治療思想を拠り所とする臨床家らは、精神障害者の「疾病」よりも「病い」のほうを重視し、精神障害が明らかに生物学的な理由から生じているような場合（例えば、神経梅毒や認知症）であっても、「文化的な要因」が障害にどのように影響しているのかという点に関心を持つ（Helman 2018 [2007]:253）。こうした臨床家らは、民族のあるいは文化的に多様な患者のために、文化的に適切な精神保健を促進することを目指しているのである（Tseng 2001）。

この治療思想について論じられるとき、必ずといってよいほど言及されるのが、19世紀末に植民地を含む非西洋圏で盛んに行われた精神医学的な調査である。調査の結果、人の心のありかたは、その人が属する文化圏によって異なりうるということが明らかになったのである。例えば、精神障害の体系的な分類を試みたことで知られる精神科医のエミール・クレペリン（1856-1926）は、アジア圏に赴き、現在、ラター（latah, lata）やコロ（koro）などとして知られている精神障害について記述している

（Kraepelin 1909, 1913 in Jilek & Jilek-Aall 2001:221）。だが、クレペリンは非西洋圏において、西洋圏ではみられないような精神障害があるとは考えなかったという。クレペリンは、当時の精神科医の大多数がそうであったように、非西洋圏でみられる精神障害を、西洋圏の

精神障害の「変種」と捉えていたのである (Jilek & Jilek-Aall 2001:221)。

そのようななか、精神障害に文化的な差異があることを認めるよう臨床家らに促したのが、ケンブリッジ大学で学んだマレーシア生まれの精神科医パウ・メング・ヤップ (1921-1971) である。ヤップは、当時の臨床家らの自民族中心主義を批判し、1960年代には後に「文化結合症」として知られるようになる概念を提唱した (Yap 1962, 1969)。ヤップは、症状のパターンが独特で、その表れ方と頻度が文化的要因によって決定付けられているものを文化結合症と呼んだ¹³ (Yap 1974 in Jilek & Jilek-Aall 2001:221)。代表的な文化結合症としては、前出のラターとコロのほか、ラテンアメリカのススト (susto)、マレーシアのアモック (amok)、カリブ海沿岸諸国のヴードゥー死 (voodoo death) などが挙げられる (Helman 2018[2007]:274[266])。精神科医であるジレックとジレック＝アールによれば、ヤップは、文化結合症が「エキゾチック」なものである必要はなく、西洋文化圏にも見出しうるものだという指摘をした最初の人物なのである (Jilek & Jilek-Aall 2001:221)。

1970年後半になると、西洋医学 (精神医学) を「一つの文化体系」 (Kleinman 1980:30) とみなす医療人類学者や人類学を学んだ臨床家たちが、文化精神医学を提唱し、病いの文化的側面について活発に議論するようになった。そうした研究者たちの代表といえるのが、米国の精神科医アーサー・クラインマンである。クラインマンは、台湾での伝統医療の研究調査や、米国での慢性疾患の研究をとおして、西洋医学には患者の視座やほかの治療体系の視座を採り入れる余地がないことに気付いたという (ibid.:18)。医学生は、「疾患」の治療のありかたのみを学び、「病い」の癒し方を教えられないからである (Eisenberg 1976 in Kleinman 1980:363)。

臨床家が、精神障害者の文化が形成する「病い」と向き合い、癒すことができていないことに危機感を覚えたクラインマンは (Kleinman 1980:361, 363)、臨床家は精神障害者の「病いの語り」に耳を傾けるべきであると主張した (Kleinman 1988)。精神障害者が、病いの原因や病いから生じる苦しみをどのように捉えていて、どのような治療を望んでいるのかなど、臨床家は理解しているべきだという指摘をしたのである。

このとき、クラインマンが提唱したのは、解釈学的な「病いの意味」の理解である。クラインマンがいうところの「病いの意味」とは、「客体と

して患者のなかに」「受動的に観察」できるものではなく、「病いの主体との対話において」「能動的に創り出す」ものである (Kleinman 1996[1988]:64[52])。したがって、解釈学的な「病いの意味」の理解では、臨床家と精神障害者の間で異なる視座の「翻訳」を図り、どのような視座をとるのかを取り決めていくことになる (Kleinman 1980:58)。だが、ここで注意したいのは、クラインマンはこのようにして試みられる「病いの意味」の解釈が、常に万全なものだとは考えていないということである。

病いの意味について、その科学が提示できる以上の解釈を求めることも起こりうる。すなわち、危険なまでに空想的な社会科学を要求することもありうる。精神分析や文化の解釈学的分析は、隠された意味についての、しばしば過剰なまでの推論や、保証できない確信にみずから関わってしまうことになる。おそらく、病いのさまざまな意味を認識するのと同じように、解釈の限界を認識することも重要であろう。(中略)～どのような解釈に対してもそれは妥当な解釈だろうか、と問うべきである。そして、妥当かどうかはつきりしなくなった地点で、いとわずに解釈することを止めるべきだろう (Kleinman 1996[1988]:93-94[74])。

クラインマンは、「病い」として顕れる精神障害者の文化的特性に注目し、それを適切に取り扱うひとつの方法として、病いの語りの傾聴をとおした、病いの意味の解釈を提案した。そして、クラインマンが提唱したこのアプローチは、限界があるとはいえ、文化的差異を考慮した精神保健サービスを提供しようとする臨床家のあいだでは、ひとつの有益な指針とみなされるようになったのである。

文化精神医学を拠り所とする臨床家らにより、解釈学的な病い意味の理解が試みられるようになった90年代以降は、診断や治療の場面で、文化的差異を適切に考慮することの難しさが報告されるようになった。例えば、移民にたいして文化的に適切なサービスを提供しようとして、移民の精神障害者を、特定の民族や文化に属する人物として捉えると、独自の経験や視座を持つ個人としても捉えることを怠りがちとなる。そうなると、患者を特定の型にはめるステレオタイプ化を招きかねない(Saha et al. 2008:1278)。あるいは、移民の出身国で行われている治療体系を採り入れた診断や治療を試みようとするれば、どこまで西洋近代的な精神医療の概

念を適用してよいのか判断できない、といった問題も生じる

(Littlewood 2000[1992]:39-58)。これは、臨床家が、精神障害の専門家としての自らの限界を認識するようになるということであり、臨床家自身のアイデンティティーが大きく揺らぐということでもある。往々にして、臨床家は、こうした経験に脅威を覚えるのだという(Cohen-Emerique & Hohl 1999, 2002, 2004)。

さて、本節では、移住・移動の経験と文化的特性という二つの移民の他者性が、移民大国の臨床家たちによってどのように扱われているのかをみてきた。移住・移動の経験は概ね、精神障害の診断や治療の場面で、常に考慮されるべきものだと考えられていたが、移民の文化的特性に関しては、臨床家らの見解は分かれていた。生物医学を拠り所とする臨床家らは、積極的に考慮すべきものだと考えていないといえたが、昨今の精神分析そして文化精神医学を拠り所とする臨床家らは、文化的差異を積極的に考慮しようとしていた。

それぞれの治療思想における移住・移動の経験と文化的特性の取り扱いかたを踏まえれば、イタリアで移民の他者性に配慮しようとする臨床家たちは、次の様に、移民の精神障害者の他者性を取り扱うと考えられる。まず、イタリアの臨床家たちは、精神障害の診断や治療の場面で、移民の移住・移動の経験も文化的特性も、考慮の対象とみなすはずである。また、精神分析と文化精神医学を拠り所とする臨床家たちの論考が示唆していたように、彼らもまた、移民の他者性の解釈を試みる時、自らの限界を認識し、自分が専門とする治療思想や自分自身の再評価を行わなければならないであろうことは予想がつく。ところが、イタリアの精神保健制度のありかたをふまえれば、予想が付きにくい側面が一点あり、これが研究対象となるイタリアの臨床家らの独自性になると考えられる。

前述のとおり、イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスを提供しようとする臨床家らは、移民の精神障害者にたいして同化をうながすことなく、地域精神保健制度あるいは地域社会への包摂を試みなければならない。これは、精神病院で他者性に配慮した精神保健サービスを提供しようとする臨床家たちと、地域医療制度のもと他者性に配慮しようとするイタリアの臨床家らの大きな違いである。この違いが、移民の他者性への配慮を試みるイタリアの臨床家たちの治療思想をどのように特徴付けていくのかに注目することは、研究を進めていくうえで重要なポイントとなるのである。

ここまでで、移民大国の臨床家たちが、移民の移住・移動の経験と文化的特性をどのように取り扱っているのかを治療思想別に紹介し、研究対象となるイタリアの臨床家たちの独自性がどこに見出せうるのかを確認した。そうすることで、イタリアの臨床家たちによる、移民の他者性の取り扱いかたを検討していくうえで予想される事柄もいくつか見出せた。そこで次節では、データの分析のポイントを見出していくために、他者性の解釈にまつわる論考を、人類学者によるものを中心にみていくことにしよう。

III. 他者性の解釈

他者性をどのように解釈するのかという問題に関しては、米国の人類学者ジェームズ・クリフォードによる民族誌的記述のありかたに関する議論が非常に参考になる。彼の主な論点は次の三点にまとめられる。第一に、クリフォードは、「民族誌の真実とは、本質的に部分的真実なのだ」(Clifford 1996 [1986]:12[7])として、他者性の記述は、理解の不完全性・部分性を常に意識してなされるべきだと論じている。第二に、クリフォードは、他者性の解釈を図ろうとして人類学者が他者とやりとりをするとき、現地の「特別なインフォーマント」(privileged informant)である第三者の介入がほぼ不可欠となっていることを指摘している(Clifford 1982:140-142)。そして、時には共同研究者といえるほどの貢献をする第三者の声あるいは存在が、民族誌の記述から排除される傾向があることを批判している(Clifford 1983:137-139)。第三に、クリフォードは、人類学者は他者性の解釈をつうじて自分自身について何らかを学びとり、自分自身を形成していく、という指摘をしている(Clifford 1992[1982]:141, Clifford 1996 [1986]:18[10])。だからこそ、民族誌は客観的なテキストではなく、「自己内省的」な「フィールド・ワーク報告」になるのだとクリフォードは主張しているのである(Clifford 1996 [1986]:24[14])。そこで、以下、クリフォードによって提示されている他者性の解釈をめぐる三つの論点を、具体的な研究をとおしてもう少し詳しく見ていくことにしよう。

十全な理解の困難

フィールドワークにおいては、研究の対象となる他者の他者性を解釈することで、その十全な理解が目指されるが、この前提の妥当性について考えたのが、レナート・ロサルドとヨハンネス・ファビアン、ヴィンセン

ト・クラパンザーノである。まず、米国のレナート・ロサルドは、特定の経験を経ない限り、解釈ができない他者性もあることを指摘している。ロサルドは、フィリピンでのフィールドワークで、首狩り族イロンゴットが繰り返し彼に語って聞かせる、誰かの死に苦しむことで覚える憤怒が首狩りという行為を引き起こすという説明に、長い間、納得がいかなかったという。「死別のさいに怒りの感情がおこりうるなど想像さえできなかった」(Rosaldo 1998[1989]:35) ロサルドは、「死別における怒りがどのようにひとを首狩りへと駆り立てるのか」という説明が、「あまりにも単純すぎて、厚みがなく、不明瞭で、信じがたく、ステレオタイプなもの、さもなければ不十分なものに思われたので、無視していた」

(ibid.:9) という。ところが彼は、フィールドワークの最中に事故で妻を亡くし、妻に置き去りにされたことで激怒するという経験をした。そうしてはじめて彼は、イロンゴットたちの「話の迫力が把握できる立場にたった」(ibid.:35) と述べているのである。ロサルドのこうした経験が示唆するのは、理解の偶然性であろう。

一方、オランダ人のヨハンネス・ファビアンは、時間が経過してはじめて解釈が可能となる他者性もあることを指摘している。ファビアンは、他者の記述においては、他者と民族誌家の間に時間的な距離を打ち立てるべきではないという主張をしたことでよく知られているが¹⁴ (Fabian 1983)、その一方で、他者性の解釈においては時間的な距離は必要なものだとも論じている。ファビアンによれば、人類学者は、フィールドワークでの経験を分析し解釈するにあたり、他者から時間的に距離をとり客体化する必要があるため、「人類学者が経験した他者は、必然的に彼の過去の一部」(Fabian 1983:89) になると論じる。後年、彼は、「時と共に展開するか、いずれにせよ展開するために時を必要とするような他者の経験」(Fabian 1990:769) といったものもあるとして、他者を思い出すことが民族誌では非常に重要であることに気付いたと述べている

(Fabian 2006:145)。ファビアンによるこうした議論が示唆するのは、他者とやりとりする最中に得られる理解の不完全性あるいは暫定性である。

ロサルドとファビアンが理解を深化しうるものとして論じているなか、米国人のヴィンセント・クラパンザーノは、他者性の解釈を断念せざるを得ない場合があるとして、理解の不可能性について論じている。クラパンザーノは、モロッコにおいて、女精霊と結婚したと語る貧しい瓦職人のトゥハーミにたいし、長年にわたりインタビューを行った (Crapanzano

1980)。トゥハーミは現実の出来事と夢や空想を区別することがなかったため、クラパンザーノは、頻繁に矛盾があるその語りの何が現実で何がそうでないのかを完全に見極めることは不可能であることを認識するようになる(Crapanzano 1991[1980]:36[14])。そこで、「少なくとも何かを見出すためには、彼(トゥハーミ)の言説における何物かを現実的なものとみなさなければならぬ(かった)」クラパンザーノは、自分が現実として記述するところが、クラパンザーノ自身が現実と想定したものであること明かしたうえで、通常、記述の対象とはならない人類学者と研究対象者とのやりとりを詳述した(ibid.)。つまり、民族誌を読む人々にも解釈の余地を与えるため、彼は、トゥハーミの語りの唯一の解釈者としての立場から退いたのである。こうしてクラパンザーノは、現実的なもののみを真実とみなし、物事に一貫性を見出そうとする西洋的な考えかたにたいして、問題提起をしたのである。

第三者の介入

このとき、クラパンザーノは、トゥハーミとクラパンザーノのインタビューに常に同席した調査助手であるラハセンが果たした役割に関しても考察を加えており、これは、クリフォードによる第三者の介入をめぐる議論と結び付いてくる。ラハセンは、調査当初、トゥハーミとクラパンザーノが相互に適切な距離を保てるよう配慮すると同時に(ibid.:249[146])、トゥハーミにもクラパンザーノにも同化しながら、両者の代弁をし、両者の意見の相違といったような小さな対立をとりなしつつ、葛藤の調停をしたという(ibid.:253, 255)。ラハセンのこのような働きがあったことから、クラパンザーノは、いつかトゥハーミと別れなければならないということを殆ど意識しないようになり、ラハセンは、両者の対話の継続性と安定性の象徴になっていたのだらうと、述べている(ibid.:149-150)。

ここでクラパンザーノは、サルトルが『存在と無』で提唱した「対象-われわれ」(Sartre 2018 [1943]:494-514)という概念を援用し、ラハセンがクラパンザーノとトゥハーミの間の関係構築に、いかに貢献したかについて、つぎのように考察している。二者関係においては、「私」と「他者」は、まなざしを向けられる者とまなざしを向ける者の役割を相互に交代し続けることになるため、そこには本質的に「葛藤を生み出すという特性」がはらまれている(Crapanzano 1991[1980]:252[148])。だが、この特性は、第三者の登場により抑制される。なぜ

なら、「私」と「他者」は第三者からまなざしを向けられ、第三者にとっての「彼ら」として対象化することで、「私」と「他者」は、「ともに等価で連带的」な「われわれ」という意識を持つようになるからである

(Sartre 2018[1943]:501)。クラパンザーノは、ラハセンが両者を見守る役割を担うことで、クラパンザーノとトゥハーミはまなざしを向けられる対象として自分たちを「われわれ」と認識するようになり、クラパンザーノとトゥハーミの間に心理的な絆が結ばれ得たという指摘をしている (Crapanzano 1991[1980]:251-252[148-149])。こうしてクラパンザーノは、それまで、人類学者と他者という二者間のやりとりをとおしのみ、他者性の解釈が図られているかのように記述されてきた民族誌を批判するだけでなく¹⁵、他者性の理解が試みられる場面における第三者の存在の有用性を強く主張したのである。

他者性の解釈において、クラパンザーノ同様、現地の共同研究者や通訳としての第三者が果たしうる役割に注目する米国のマイケル・タウシグも、唯一の解釈者という立場から退き、第三者による他者性の解釈を民族誌に盛り込んでいる。例えば、コロンビアで長年調査を行っているタウシグは、インガノ語とスペイン語を話すフロレンシオという高齢のインディオの語りを紹介している (Taussig 2018[1993]:100)。フロレンシオが住まう地域では、「ヤヘイ」と呼ばれる「幻覚剤」をヒーラーと患者たちが一緒に飲む治療が行われている。ヒーラーは、ヤヘイの作用で「ピンタ(絵)」と呼ばれる心的なビジョンをみることで、病いの種類や治療法を知ることができるという。ある日、フロレンシオは友人のヒーラーに付き添い、とある女性の治療に参加し、ヒーラーとともにヤヘイを飲んだところ、「ピンタ」を見たという (ibid.)。タウシグはヒーラーの「ピンタ」ではなく「フロレンシオが見たビジョンの記述を追体験してみよう」 (ibid.:101) と記し、フロレンシオがタウシグに語ったところを、その口調まで記述しながら提示しているのである (ibid.:101-102)。このとき、タウシグは「フロレンシオが私に絵を渡したように、私はあなた方(読者)にその絵を渡していることになる」 (ibid.:102) と述べている。タウシグもまた、自らの解釈の不完全性を意識して、読者に解釈の一端を委ねているといえる。

自己理解

さらにタウシグは、他者性の解釈を試みることが、自分自身を問い直すことにもなるのだという指摘をしている。タウシグは、西洋人と接触した

他者の手仕事という他者性の解釈をとおして、自分自身を解釈することになった、という経験について論じている。例えば、パナマの先住民族クナたちが治療に用いる木像は、「ヨーロッパ人の型」であり (ibid.:30)、クナの女性たちが身に付けるモラと呼ばれる胸飾りには、RCA ビクター社のトーキング・ドッグを模したアップリケがあしらわれているものがある (ibid.:320)。非西洋人の手仕事に認められる西洋の模倣を目の前にして、タウシグは、「自己はもはや他者と明確に切り離すことができない」という事実があると述べる (ibid.:355)。そして、このような手仕事の解釈を試みるということは「多くの自己や矛盾する自己から (部分的に) 成り立っている他者を問いただす」 (ibid.:336) ということ、つまり「自分自身と向き合うことを意味する」と主張しているのである (ibid.)。タウシグが示唆するのは、自分 (西洋) と出会い、自分の特性を解釈する他者が、鏡のように自分自身を映し出しうるということである。

こうした他者による自分の特性の解釈により、自分自身について意識することのなかった側面を認識するようになったという経験について語っているのが、ロサルドである。ベトナム戦争の最中、フィリピンで調査をしていたロサルドは、彼が徴兵されるかも知れないと知った首狩族のイロンゴットたちから、「どうして人間が兵士のように振舞い、自分の兄弟に戦線へ行けと命令することができるのだろうか」と問われたという

(Rosaldo 1998[1989]:97)。このとき、ロサルドは、米国人として当たり前なものともみなしていた徴兵制度が、イロンゴット族にとっては倫理的に受け入れ難いものであることを知ると同時に、「わたし自身の文化的な世界が、突然グロテスクなものにみえてきた」と記している

(ibid.)。ロサルドは、自己の異化を経験したのである。

実存

移民の精神分析家たちや文化精神医学を拠り所とする臨床家たち、あるいは人類学者たちが指摘していたとおり、他者性の解釈の試みには、自分自身の問い直しをとおした自己の異化が伴われる。これが、何を意味するのかを考えていく上で、有用な視座を与えてくれると思われる哲学的な議論がある。それは、『無為の共同体』(1999)と題される著作での、ジャン＝リュック・ナンシーによる論考である。ナンシーは、1940年にフランス南西部ボルドーに生まれた、ポストモダン思想の代表的な思想家で

ある。彼は、従来の共同体が、自己完結する者、つまり自己を自ら生産する者を基盤として思考されてきたことを批判する。

自己完結する者とは、「共同体の崩壊という試練の残滓であるにすぎない」（Nancy 2017[1999]:8）と主張するナンシーにとって、自己とは他者とのやりとりによって構成されるものである（ibid.:203）。やりとりの相手となる他者とは、「もはや一人の他者ではなく主体の表象の客体」であり（ibid.:44）、「〈私自身〉は他者としてのみ〈私自身〉なのである」（ibid.:204）と論じるナンシーは、自己とは、自分自身に他者性を認めることではじめて立ち現れる、という指摘をしている。実存とは、他者になるということなのである。

このとき、「私」はそれまで占めていた「場」から外れる。つまり「一方から他方へ移行」することになるという。これをナンシーは「脱-白（dis-location）」（ibid.:46）と呼び、他者とのやりとりとは「脱-白そのもののことであるだろう」（ibid.）と述べる。自己とは、そもそも不変のものではないということである。自己は、常に変化する「危険」に曝されている、あるいは変化する「幸運」に恵まれているというわけである（ibid.:148）。実存するということは、他者とのやりとりのなかで自己が絶え間なく変化していく、ということなのである。

ナンシーによれば、こうした他者との関係では、「私」は他者と「〈合一〉（communier）しないそのことによって〈通い合（う）〉（communiquer）」（ibid.:46）。「私」と他者は、差異によって分離され、分離されているがゆえに結び付くという特異な関係を持つのである。ナンシーは、このような関係のありかたを「分有」（partage）と呼んでおり（ibid.:45-46）、これがナンシーの思考する共同体の源泉となる。

共同体は、本質的に「分有」に宿っているのだという（ibid.:224）。従来考えられてきた、合一や絆、生産・活動の企てのための共同体は、「未来を形作ることもなしえない」（ibid.:25）のだと主張するナンシーが思い描く共同体とは、何も生産しない、互いに他者どうしであり続ける「他者たちの共同体」（ibid.:204）である。成員の同一性ではなく、多様性こそがその集団を共同体とするのであり、他者とやりとりをするなかで自分自身に他者性を認め、「脱-白」を繰り返すことが実存なのだというナンシーの議論が示唆するのは、次の二点である。まず、他者と出合いやりとりすることとは、そもそも他者との合一や他者に自分自身を認めることではなく、他者と隔たることであり、自己の異化なのだと考えられる。

さらに、このような形の自己異化は、臨床家らにとって実存を意味しうると思われるのである。

ここまで、他者性の解釈をめぐって展開されている議論を人類学的な研究を中心にみてきた。こうした議論から得られた分析のポイントをまとめると、次の様になる。まず、移民の他者性に配慮しようとするイタリアの臨床家らが、他者性の解釈をとおしてその理解を試みる時、理解の偶然性や、不完全性、暫定性、不可能性といった問題にどのように対処しようとしているのかを検討していくべきであろう。そして、他者性の解釈に不可欠だと考えられている第三者の介入が、イタリアの臨床家らの間でどのように評価されているのかを確かめ、もし何らかの形での第三者の介入があるのなら、第三者がどのような役割を果たすことを臨床家らが期待しているのかを検討していかねばならない。また、他者の他者性の解釈が試みられる時、自分自身の問い直しを通して自己の異化を経験するというのであれば、イタリアの臨床家たちが移民の他者性の解釈を試みるなかで、自分自身の問い直しをとおした自己の異化をどのように経験し、そうした経験をどのように捉えているのか、という点も分析していくべきであろう。

さらに、ナンシーの議論は、イタリアの臨床家たちが移民の他者性をその解釈などをとおして、どのように取り扱うのかを検討していくうえで、次の様な示唆を与えてくれた。まず、移民と臨床家との間にある差異は、臨床家が常に解釈をして解消を図る訳ではなく、そのまま留め置かれうるということにも留意すべきであろう。第二に、ナンシーによれば、他者とやり取りをするなかで、そのつど「脱-白」するというのであるから、精神保健制度のなかに、臨床家らが移民を位置づける（包摂）というだけでなく、移民によって臨床家らが位置づけられるという可能性も考える必要がある。また、この「脱-白」を、臨床家らがどのように捉えているのかも検討するべきであろう。

IV. 研究の方法

本研究は、イタリアでの現地調査と文献研究を行った。そこで、まず現地調査の概要を紹介し、続いて、研究参加者の選定方法と研究参加者の属性を示す。さらに、文献研究の概要について述べ、最後に何を分析の対象としたのかをみていくことにする。

現地調査の概要

現地調査は、2016年11月から2020年2月まで断続的に行った。調査地は、移民集住地域と複数の難民収容所を擁するイタリアの3都市、ミラノ、ローマ、ピサで、移民に精神保健サービスを提供する精神科医と心理士を主な研究の対象者とした。聞き取り調査では、彼らが扱った臨床事例について詳細な半構造化インタビューを行ったほか、後述の文献研究でとりあげる、彼らが臨床で参照している文献の著書と書名を確認した。

インタビューは、録音なしでの聞き取りを望んだ一名を除き、全て録音し、文字起こしをおこなった。インタビューの時間は、一名につき90分から120分であった。うち、4名の参加者にたいしては、個別のインタビューを行うことが難しかったため、2名ずつでインタビューを行った。聞き取りを行った場所は、おもに面接室や診察室であったが、心理士養成校の一室や、シンポジウムが行われたロビーの一角、筆者の滞在先であったアパートの一室で行われた場合もあった。また、対面でのインタビューがかなわなかった2名の臨床家にたいしては、一名にはスカイプをとおして、もう一名とは、メールのやりとりをとおして、質問に答えてもらった。

インタビューに加え、彼らが働く医療機関や心理士養成校、関連のセミナー・シンポジウム、事例検討会などでは、参与観察も行った。基本的に、参与観察中にメモを取り、そのメモをもとにフィールドノートを作成するという手順を踏んだが、倫理的な観点からその場でメモが取れないような場合には、観察の終了後、場所を移して、見聞きした事項を覚えている範囲内で書き出した。

データの分析にあたっては、コーディングの手法を用いた。インタビューの逐語録と参与観察のフィールドノートそれぞれにコーディングを行うことで、主要な概念を抽出していった。また、臨床家らの語りを記述する際には、読みやすさを考えて、その解釈に差し障りのない範囲内で、感嘆詞や言い間違いなどを省いたことを予め申し述べておく。

研究参加者の選定方法

本研究の目的は、移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みるイタリアの臨床家らが、移民の他者性をどのように捉え、取り扱おうとしているのかを詳らかにしていくことにある。そこで研究対象者は、移民集住地域で暮らし、移民向けの精神保健サービスの適正化を積極的に図る医療機関や団体などに所属する精神科医と心理士とした。なお、研究対

象者の選定は特定の地域に絞らず、イタリア北部（ミラノ市）とイタリア中部（ピサ市とローマ市）の移民集住地区を擁する2地域の3都市とした。これは、保健制度の地域分権化で、サービスの内容にかなりの地域差があり、また、各都市に特定の学派が確立されているイタリアで、移民の急増を等しく経験した各地の臨床家たちに、何らかの共通項を見出したいと考えたからである。

研究対象者の募集にあたっては、筆者が1993年から2002年までイタリアで暮らしたなかで培った人脈を活用して、研究の対象となりうる精神科医や心理士、あるいは医療機関、心理士養成校等に連絡をとった。主にメールで連絡を取りながら、研究の主旨と、2時間ほどのインタビューを行うことを説明し、同意を得た臨床家とインタビューの日時や場所を決めるという手順を踏んだ。インタビューのさいには、まず研究参加者に「研究参加への同意書」（consenso informato）を読んでもらい署名を得てから、インタビューを開始した。なお、本研究は、2017年2月16日に開催された大阪大学人間科学研究科共生学系研究倫理委員会における審査で承認を得ている。

研究参加者の属性

本研究に参加した、診断や治療の場面で移民の他者性に配慮しようとする臨床家は、イタリアの精神保健分野ではまだ少数派である。大多数のイタリアの臨床家らは、移民の他者性を積極的に考慮した精神保健サービスの提供を試みようとはしない。この少数派が、イタリアの精神保健分野全体でどの程度の割合をしめるのかについては、管見では統計等がないため、はっきりとした数値を示すことはできない。しかし、移民に特化した総合診療所で20年近く働く心理士のテレサによれば、自分たちのような臨床家は少数派で、全体の数パーセントに過ぎないとのことである。

研究に参加したのは、表0-1で示すとおり、精神科医（13名）および心理士（32名）の計45名である。女性が圧倒的多数（31名）で、これは参加者数が多くなった心理士の大多数が、イタリアでは女性であることが多い、ということが関係している。年齢別にみると、30代が11名、40代が12名、50代が11名、60～70代が11名となり、若手から中堅、ベテラン、退職者までの各世代がほぼ同数で参加している。

研究参加者たちが専門とする療法や拠り所とする学派などは、多種多様であるが、ユング心理学、民族精神医学、文化精神医学、家族療法を拠り所とする臨床家が多くなっている。なお、民族精神医学とは、人類学者で

あり、米国で精神分析を学んだジョルジュ・ドゥヴルーがその理論を提唱し、ドゥヴルーの弟子であり、フランスで精神分析を学んだトビ・ナタンが臨床医学として発展させたものである。民族精神医学を詳しく取り上げる第4章では、他者性の取り扱いに関して、ドゥヴルーとナタンの間で意見の相違があったことについて述べるが、民族精神医学を拠り所とすると述べるイタリアの臨床家のあいだでも同様の意見の相違があるため、それぞれの臨床家が拠り所とするという民族精神医学が似て非なり、という場合もあることを申し述べておく。

このほかの特色としては、二点ある。第一に、大多数がボランティア活動の経験者だという点である。その内容は、地元の教会区やシェルター等での慈善活動から、国際協力団体における支援活動まで幅広い。特に、後者の場合、いわゆる開発途上国などで現地の人々の精神保健に携わり、帰国後、80年代末から流入しはじめた移民の治療に積極的に従事するようになった臨床家も少なくない。こうした臨床家のなかには、現地のシャーマンなどとの共同プロジェクトに関わった者も複数いる。

第二の特色は、22名の参加者が移民／その子孫（6名）あるいは国内移住者（17名）という点である。複数の都市国家が19世紀に統一されて一つの国となったイタリアでは、地域間の差異が大きく、イタリア北部・中部と南部の間に経済的・文化的な差異がある。こうしたなか、貧困地域といえる南部から、1950年代後半以降、南部人は経済的に豊かな北部・中部に移住するようになったのである。イタリア南部人の国内移住については、第二章で詳しく取り上げる。

なお、調査参加者の氏名は各人のプライバシー保護の観点から、全て仮名としているほか、所属先に関する変更を加えている場合がある。さらに、インタビューにおいて語られた事例を提示するさいには、語りの解釈に差し障りのない範囲内で内容の一部（特に難民の出身地域）を変更したり、明示を避けたりすることで、移民はもとより臨床家も特定できないよう配慮していることを断っておく。

表0-1 研究参加者である臨床家の属性

グレーのマス目は移民・国内移住者を示す

仮名	性別	年齢(代)	学派・専門	職業
リサ	女	30	臨床心理学	心理士
エリデ	女	30	ユング心理学	心理士
ピアンカ	女	30	精神分析(ウニコット)	心理士
アリーチャ	女	30	ユング心理学	心理士
ジェンマ	女	30	精神分析(対人関係)	心理士
エンマ	女	30	臨床心理学	心理士
エレオノーラ	女	30	臨床心理学, 民族精神医学	心理士
カミツラ	女	30	臨床心理学, 民族精神医学	心理士
リンダ	女	30	臨床心理学, 家族療法	心理士
ドナテッラ	女	30	文化精神医学	心理士
マウリツィオ	男	30	精神医学, 臨床心理学	精神科医
ミリアム	女	40	臨床心理学, 対人関係療法	心理士
ロッセツラ	女	40	ゲシュタルト療法, 箱庭療法	心理士
クローエ	女	40	ユング心理学, 箱庭療法, 民族精神医学	精神科医
カルラ	女	40	家族療法	心理士
ブルーノ	男	40	家族療法	心理士
レナータ	女	40	家族療法	心理士
レーモ	男	40	家族療法	心理士
アンナ	女	40	文化精神医学	心理士
フィリッポ	男	40	文化精神医学	心理士
アルバ	女	40	心理士のスーパービジョン専門	心理士
ベリンダ	女	40	臨床心理学, 民族精神医学	心理士
パメラ	女	40	家族療法	心理士
テレーサ	女	50	民族精神医学	心理士
ステツラ	女	50	ユング心理学, 箱庭療法	心理士
コジモ	男	50	家族療法	精神科医
ディーナ	女	50	ユング心理学	心理士
ファツィオ	男	50	文化精神医学	精神科医
ガイオ	男	50	精神医学	精神科医
ミーロ	男	50	民族精神医学	精神科医
アーダ	女	50	精神医学	精神科医
ディアーナ	女	50	文化精神医学, 来談者中心療法	心理士
ダーナ	女	50	民族精神医学, ファミリー・コンステレーション、被抑圧者の演劇	心理士
チェレステ	女	50	ユング心理学, 民族精神医学	心理士
イーヴォ	男	60	精神分析(自我心理学)	精神科医
フローラ	女	60	箱庭療法, 民族精神医学	心理士
レベッカ	女	60	ユング心理学, 箱庭療法	心理士
ヴィットーリオ	男	60	精神分析(自我心理学)、EMDR、文化精神医学	精神科医
ヴェロニカ	女	60	ゲシュタルト療法	心理士
エジェオ	男	60	対人関係療法, 文化精神医学	精神科医
グレータ	女	60	民族精神医学	心理士
ブリアンナ	女	60	ユング心理学	心理士
ダヴィデ	男	60	精神医学, ポジティブ心理学	精神科医
マッシモ	男	60	文化精神医学	精神科医
レオーネ	男	70	精神医学, 精神分析(自我心理学)、民族精神医学	精神科医

文献研究の概要

一方、本研究では、イタリアへの移民の流入が、旧植民地からの移民が多い英国やフランスなどに比べて遅れて始まったことをふまえ、文献研究も行った。イタリアに移民が流入するようになったのは1980年代末から90年代前半にかけてのことである。イタリアの臨床家らの間では、移民のための精神保健のノウハウが十分に蓄積されていないという認識があるため、移民の文化的特性の解釈などを試みたいと考える臨床家らは、「参考書」を用いる。移民大国で移民の治療にあたる精神科医や心理士らの著作や、伝統医療をとりあげた民族誌を読み、自らの経験を踏まえ、移民大国や民族誌で提唱される思想・概念などをとりあげ、議論を展開しているのである。そこで、本研究では、イタリアにおける移民のための精神保健に関するイタリア中央・地方政府の法令や公文書、報告書をはじめとする文献のほか、臨床家らの著作と、彼らが臨床で参考にする文献も研究の対象とした。そうすることで、「参考書」で提唱される思想・概念が、移民の他者性に配慮しようとするイタリアの臨床家らによってどのように解釈され、臨床で活かされようとしているのかを検討していく。

分析の対象

本研究で分析の対象とするのは、文献研究でとりあげるイタリアの臨床家らと、研究に参加した精神科医と心理士たちによる、移民の文化的特性と個々人の特異性の解釈や評価のありかたに関する省察である。具体的には、移民の他者性を適切な形で考慮することで、各移民により良い精神保健サービスを提供したいと考える臨床家らが、何を経験し、そうした経験をどのように振り返り、どのような考察を加えているのかを検討していくのである。言い換えれば、臨床家たちがどのような姿勢で、移民と自分たちの間にある差異と向き合おうとしているのかを詳らかにしていくのである。そうすることで、移民の他者性に注目する、まだイタリア国内では少数派であるの臨床家らが、移民が増え始めた1980年代末以降、地域精神保健制度のもと形成しつつある治療思想がどのようなものであるか、その輪郭を浮き彫りにしていきたい。

したがって本研究では、移民の精神障害者は研究対象者とはせず、臨床家らによる実践も、分析の主な対象とはしない。本研究で詳らかにしたいのは、臨床家らが提供しようとしている精神保健サービスの有効性や、サービスにたいする移民の満足度などといった、臨床家らによる移民の解釈

の妥当性ではなく、また、臨床家と移民の間のコミュニケーションのありかたでもないからである。

これは、本論で記述される移民とは、筆者が移民と直接やりとりをしたうえで記述された移民ではないことを意味する。筆者は、臨床家によって解釈され描写される移民を、筆者がさらに解釈して記述しているのである。一部、例外として、臨床家と移民の面談や、臨床家が運営する移民のためのレクリエーション活動の参与観察をとおして、移民を記述することがあるが、それ以外の移民に関する記述は、臨床家らの解釈をとおした筆者が解釈する移民となっていることを、予め申し述べておく。

V. 本論の構成

以下、本論の構成について述べる。まず、第一部となる第1章と第2章では、イタリアの臨床家らがどのような文脈において、移民に精神保健サービスを提供しているのかを示す。第1章では、社会における精神障害者の位置づけをめぐる議論を検討しながら、イタリアの精神保健制度の特色を浮き彫りにする。取り上げるのは、精神病院での治療から地域精神保健への移行を制定する法律第180号が議会で可決された1978年に、精神科医フランコ・バザーリアと精神科医で著名な小説家であったマリオ・トビーノとの間に生じた論争である。バザーリアは、当時、精神病院で監視下に置かれていた精神障害者に社会性を取り戻させることが治療になるとして、精神障害者の社会復帰を主張したが、トビーノは、社会性を失う精神障害者を監視・保護下におくことも治療だと反論した。ここでは、両者の論争を通じて、精神障害者が地域社会の一市民として位置づけられるイタリアの地域精神保健制度が、移民の精神障害者にとって両義的でありうることを指摘していきたい。

第2章では、イタリアの移民現象を概観し、研究対象となった臨床家たちの特性を述べ、地域精神保健の枠組みで移民の受け入れがどのように図られているのかをみていく。まず、1870年代からイタリア人の国外への移住がはじまり、60年代にはイタリア北部でイタリア南部人の「移民」が増えたという、イタリア人の移住・移動の歴史を概観する。その後、80年代後半からは東欧諸国から、近年では、アフリカや中東からもイタリアに難民が流入するようになった経緯を叙述する。続いて、難民受け入れ制度がどのように整備されているのかを簡単に紹介したのち、研究の対象である臨床家たちに共通してみられる三つの特性について記す。さらに、移

民のための精神保健サービスの強化を図る州政府が臨床家にたいしてどのような研修を行っているのかについて詳述し、最後に、医療機関以外の場所でも、個人的に面談を行うことが多いイタリアの臨床家たちが、どのような面談の場を設けているのかを紹介する。

続いて第二部となる第3章と第4章では、文献研究の結果を取り上げ、イタリアの民族誌家エルネスト・デ・マルティーノとフランスの精神分析家・心理士のトビ・ナタンの思想から、他者性を取り扱ううえで有用となりえるどのような指針が導出されているのかをみていくことにする。まず、第3章では、まず、デ・マルティーノの研究者としての側面と、彼の根幹となる思想を紹介する。続いて、彼が提出した三つの概念を紹介しながら、移民の他者性を適切な形で解釈しようとするイタリアの臨床家たちが、それぞれの概念をどのように解釈し、臨床と結び付けようとしているのかについて叙述する。考察では、イタリアの臨床家らは、移民の他者性の適切な解釈を試みる時、自分自身を見つめ直す必要があるということ、デ・マルティーノの思想から学んでいるということを描いていく。

第4章では、はじめにナタンの業績を簡単にまとめてから、彼の民族精神医学において、移民の治療体系がどのように扱われるのかを概観する。その後、思想潮流としての民族精神医学と、臨床医学としての民族精神医学にたいするイタリアの臨床家たちの評価を検討していく。考察では、イタリアの臨床家たちは、解釈が難しい移民の他者性を取り扱うとき、そうした他者性を解らないものとして留め置くことも必要であることを、ナタンの思想から学んでいると論じていく。

第三部となる第5章から第7章では、主に現地調査の結果をふまえ、筆者が出会った臨床家たちが、移住・移動の経験、潜在的な他者性、解釈が難しい他者性という、三種類の移民の他者性をそれぞれどのように取り扱おうとしているのかを検討していく。まず第5章では、臨床家らが移民の病いを解釈しようとする時、移民にとって両義的な移住・移動の経験を考慮するか否かの判断を、どのようにつけようとしているのかを参与観察と聞き取り調査の結果を検討しながらみていく。各節では、臨床家が主に注目する三種類の移住・移動の経験---ホスト社会への適応の経験、家族との離別の経験、苛酷な移住・移動の経験---を取り上げながら、それぞれを、臨床家がどのように評価しようとしているのかを詳らかにしていく。そうすることで、移住・移動の経験を考慮の対象とする臨床家らは、相反する考えかたを共存させ、自己を見つめ直すことで、移住・移動の経験と

いう移民の他者性を適切な形で考慮しようとしているという指摘をしていく。

第6章では、面談の場面でイタリア人と移民のやりとりに介入し、潜在的な他者性の顕在化を図る、第三者の働きを分析していく。現地調査で得られたデータと臨床家らによる論考を検討しながら、移民の他者性の看過を防ごうとする臨床家らは、第三者がどのように介入することで、移民の潜在的な他者性が顕在化されうると考えているのかをみていく。そうすることで、潜在的な他者性を顕在化させたいイタリアの臨床家らは、第三者が、「鏡」のように各人の他者性を映し出しながら、イタリア人の他者性には見直しを、移民の他者性にはその尊重を促すことを期待しているのだと論じていく。

第7章では、解釈が難しい移民の文化的特性の代表ともいえる移民の治療体系をとりあげる。病いの解釈や療法の選択の場面で、移民の治療体系を採り入れようとする臨床家らが、移民の治療体系をどのように取り扱おうとしているのかを、臨床家たちの語りをとおして詳述していく。そうすることで、移民の治療体系を活用しようとする臨床家たちは、ゆるやかな相補主義にのっとり複数の治療体系を取り扱おうとしているのだ、という主張をしていきたい。

第8章では、すべての議論を踏まえて、イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる臨床家たちが、移民の他者性をどのように取り扱おうとしている、といえるのかを叙述しながら、考察を行う。そして、結論では、イタリア社会全体で、他者性の尊重が意味するところを考えていくことで、本研究の社会的意義を示したい。

第一部 移民とイタリアの精神保健

イタリアで移民の他者性に注目する臨床家らによる、他者性の取り扱いかたに関する省察を分析するにあたり、彼らがどのような文脈で移民の精神障害者と出会っているのかを明確にしておく必要がある。そこで、第一部では、イタリアの精神保健制度と、近年のイタリアにおける移民現象を主に紹介していくことにする。まず、第1章では、精神障害者の治療の場を精神病院から地域社会へと移行した、イタリアの地域精神保健制度の特色を紹介する。精神病院の全廃を決定付けた法律第180号（いわゆる「バザーリア法」）の可決直前に、精神科医フランコ・バザーリアと同じく精神科医で著名な作家でもあったマリオ・トビーノのあいだに生じた論争を検討しながら、移民の精神障害者にとっての地域精神保健制度の両義性を指摘していきたい。続いて、第2章では、臨床家たちが精神保健の現場でどのように移民と出会い、精神保健サービスを提供しているのかについて詳述していく。移民とイタリアの歴史、「欧州難民危機」、面談室・診察室の外での臨床家らの立場、州政府による移民のための精神保健サービスの強化、医療機関外での面談の場という、5つの文脈をそれぞれ紹介することで、第3章以降でとりあげるイタリアの臨床家たちが、どのような文脈で、移民のための精神保健サービスのありかたについて論じ、移民の事例について筆者に語ったのかを明らかにしておく。

第1章 他者を包摂するイタリアの地域精神保健

精神障害者の社会的包摂をめぐるバザーリアとトビーノによる論争再考

本章では、地域精神保健制度のもと、移民の精神障害者を地域社会に包摂することが、移民の精神障害者にどのような影響を及ぼしうるのかを、イタリア社会という文脈のなかで検討していく。議論を進めるうえで取り上げるのは、2014年にトリエステで起きた若い難民の精神障害者の自殺事件と、法律第180号（いわゆる「バザーリア法」）の制定をひかえた1978年4月から5月にかけて、精神障害者の社会的包摂をめぐり、フランコ・バザーリアとマリオ・トビーノという二人の精神科医の間に生じた論争である。青年の自殺の原因を、両精神科医の議論を参考にしながら考察することで、他者の社会的包摂が他者の同化へと転じる可能性があることを指摘していく。そうすることで、イタリアの臨床家たちが、どのような思想に基づいた精神保健制度のもとで働いているのかを紹介するとともに、移民の精神障害者を地域精神保健制度に包摂することの二面性を浮き彫りにしていきたい。

本章の構成は次の通りである。第1節では難民の精神障害者の自殺事件の概要を紹介し、事件の原因を考察するうえで、なぜトビーノとバザーリアの議論を参考にするのかを述べる。第2節では、トビーノとバザーリアの思想の主な共通点と相違点を紹介する。精神障害者の心のありかたを意味する「狂気」を、人間の心のひとつのありかたとして受け容れている両者は、町のような場所で精神障害者が自己表現することが治療になると考えた。ところが、精神障害者にとって治療となる自己表現は何かという点で、両者の意見が大きく食い違っていたことを叙述していく。第3節では、精神病院の閉鎖をめぐる両名の見解が掲載された新聞記事を概説する。トビーノが、臨床家らによる精神障害者の保護と監視の必要性を説く一方で、バザーリアが臨床家らによる保護と監視が、精神障害者の管理につながりうると反論し、両者の議論が平行線を辿る様子を見ていく。第4節では、法律第180号施行直後のイタリアの精神保健を、バザーリアとトビーノそれぞれの視点から紹介する。精神障害者が地域社会の「市民」とみなされるようになったことを評価するバザーリアの言述と、精神障害者が「市民」とみなされるようになったことから命を落とす者がでたとして同法を批判するバザーリアの言述を取り上げる。最後に、精神障害者の社会的包摂の二面性を示し、難民の精神障害者がなぜ命を落としたのかについて考察する。精神障害者が、地域社会の市民として包摂されるイタリア

の地域精神保健制度において、難民の青年が他者とみなされなかったことが、自殺の一要因であった可能性も考えられることを指摘したい。

1.1 難民の精神障害者の自殺

イタリアは、1978年の法律第180号、通称「バザーリア法」¹⁶のつとりに、精神障害者の治療の場を精神病院から地域社会へと移した。これは、精神障害者を隔離病棟から解放し、地域社会の一員として迎え入れ精神保健サービスを提供するという、世界的に見ても先進的な取り組みであったといえる。それから40周年を迎えようとする2014年に、精神科医フランコ・バザーリアが、精神病院に替わる地域精神保健サービスのネットワークをイタリアで初めて構築したトリエステにおいて、とある事件が発生した。同年3月12日付けの各紙の報道によれば、難民で精神障害者であった一人の青年が自殺したのである(Rauber 2014)。

青年はアフガニスタン出身で、精神的に非常に不安定であり、自殺企図者でもあった。彼は、滞在許可書の更新手続きのために訪れた警察署で、巡査から拳銃を奪ったという。その後、青年は逃走し、警察署から数メートルの地点で宙に向かって数回発砲したあと、近くの教会に辿り着くと、銃を自分のこめかみにあて引き金を引いた。瀕死の状態での病院に担ぎ込まれた青年の死亡が確認されたの二時間後のことであった(La Repubblica 2014, Rauber 2014, Si24.it 2014)。

トリエステに限らず、難民が心を病み自殺する事件(例えば、Congregalli 2017, Umanità Nova 2017)は少なくないとイタリアの臨床家たちは述べる。大多数の臨床家は、こうした事件の原因として、主治医やソーシャルワーカーらの不注意、人道的支援の不足を挙げる¹⁷。しかし、この事件に限ってみれば、それ以外の原因もあったと考えられるのである。新聞記事によれば、事件発生まで、この青年について見聞きしたことのある地域住民は皆無だったというのである(Rauber 2014)。これは、地域精神保健体制が敷かれているイタリアであるからこそ報道される詳細だといえる。地域精神保健では、精神障害者を極力入院させず、地域社会の一員として包摂して治療を行うことが前提とされている。だからこそ、青年のことを知る者がいなかったというのは、不可解な話なのである。

イタリアの地域精神保健制度の礎を築いたフランコ・バザーリアは、精神障害者が地域社会で暮らすことの必要性を認識していた。バザーリアの友人であった米国の心理学者アーリン・エングは、地域社会(コミュニテ

ィ)とは、「人が互いに向き合うときに生じる、分有された経験のダイレクトな感覚 (senso immediato)」であり、「直接獲得した理解」だと述べていたという (Basaglia 2005[1967]:131)。バザーリアはエンゲの言述をふまえ、地域社会は「私たちを、あらゆる範疇に先行する原初的な状況へ、直接送り返しうる」からこそ、人々の間に、「共に在ることから直接生じてくる内省に先立つ絆」としての「共-意識 (co-coscienza) を築きうる」と論じている (ibid.:131-132)。

イタリアの精神保健の現場を調査した人類学者の松嶋健は、バザーリアがいう「あらゆる範疇に先行する原始的な状況」とは、精神障害者が「ルカやジュリアという名前をもった具体的な〈顔〉として現れ」、「まさに出会いが〈顔〉の顕現として生じるような状況」だと解説している (松嶋 2014:383)。松嶋によれば、こうした「〈顔〉のある関係性の場」をバザーリアが必要としたのは、「おそらくこうした関係性の場が、根源的に社会的な存在としての人間にとって〈社会的なるもの〉の源泉だからである」 (ibid.)。ならば、バザーリアは、精神障害者がそれぞれ特異性を持った者、あるいはその特異性を育みたい者として、地域社会の人々と出会い、地域の人々と絆を結び、社会性を身に付けていくことを目指していたはずなのである。当然ながら難民の青年も、地域社会で社会性を育むはずであったのだが、彼は地域住民の誰とも出会っていなかった。なぜ、このようなことが起きたのであろうか。

青年が出会いの機会を逸した理由を検討していくにあたり、精神障害者の社会性を重視したバザーリアの議論と、全ての精神障害者にたいして一律に社会性を求めることはできないと考えていた精神科医のマリオ・トビーノの議論をつきあわせて検討していくことが適切だと思われる。以下、移民や精神障害者のような「他者」をどのように捉え、社会のなかにどう位置づけるのかという根本的な問題にたいして多くの示唆を与えてくれる両者の議論をみていくことにしよう。

1.2 バザーリアとトビーノの思想

本節では、バザーリアとトビーノの人となりについて簡単に紹介したあと、それぞれが精神保健のありかたについてどのように考えていたのかを示すため、両者の思想の共通点と相違点を検討していく。バザーリアとトビーノが、治療の場のありかたや、「狂気」あるいは「精神疾患」、向精神薬に関して、ほぼ意見を同じくしていたことをみたあと、精神障害者の

どのような自己表現の機会を守るべきかについて、大きな見解の相違があったことを示していきたい。

バザーリアとトビーノの共通点

1924年にイタリア北部ヴェネト州のヴェネツィアに生まれたバザーリアは、1961年にゴリツィアの精神病院の院長に就任すると、精神障害者たちが置かれている状況に衝撃を受ける¹⁸。バザーリアは当時の精神病院を手厳しく非難した。元来、治療のために存在するはずの医療施設で、精神障害者らの入院生活は各人のニーズではなく施設の運営者たちのニーズに則って管理されるため、精神障害者は完全に客体化され、徹底的に個性を剥奪され、「施設化 (istituzionalizzazione)」¹⁹により虚無感を覚えるようになる、と主張したのである (Basaglia 2005[1965])。精神病院は治療の場ではありえないと確信したバザーリアは、まずゴリツィア²⁰で、そして後にはトリエステで実験的な試みを行う。彼は、当時、英国のマックスウェル・ジョーンズが提唱していた、「治療共同体」をモデルとして、精神保健の「脱施設化・脱制度化

(deistituzionalizzazione)」を図った。精神病院の門扉を開いて精神障害者たちを地域社会へと解放し、社会復帰させながら治療をするという、現在の地域精神保健の基盤を築き上げたのである。バザーリアが精神病院における治療の代替として整備した地域精神医療制度では、グループホームやデイケアセンターのほか、精神障害者の就労の場となる社会協同組合等のネットワークが確立され、町全体が治療の場と化した (図 1-1)。

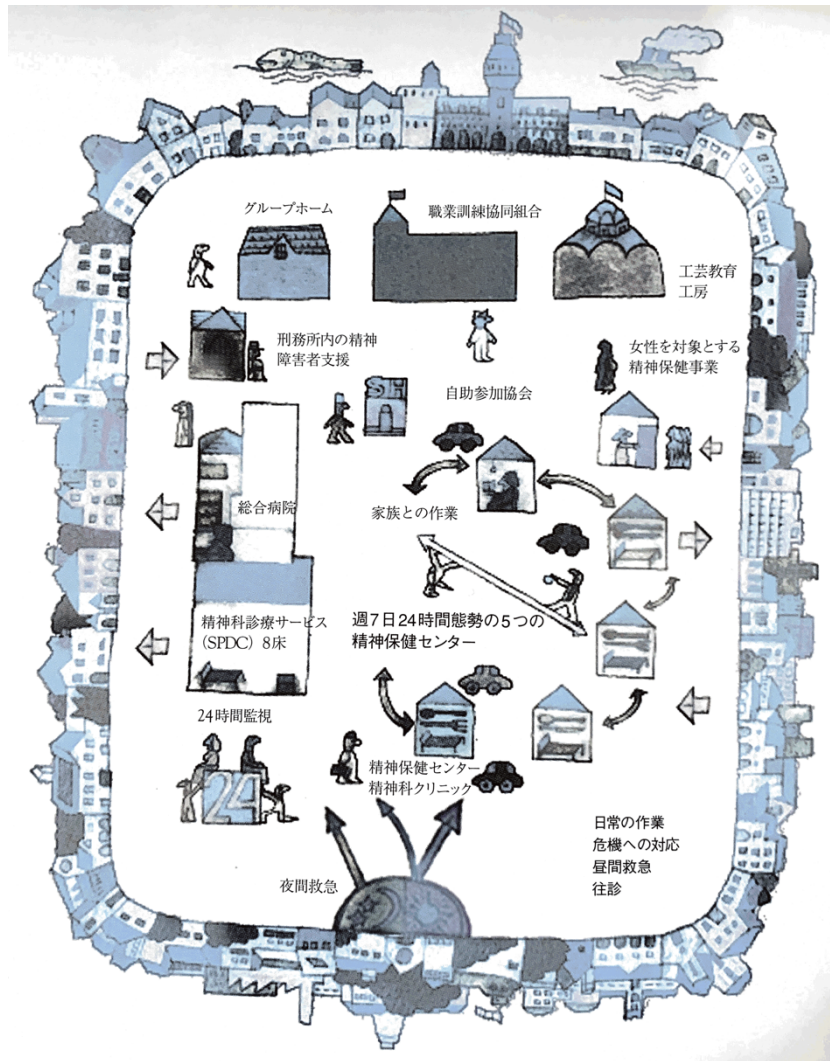


図 1-1 トリエステ精神保健局における地域医療の概要
 (トリエステ精神保健局 2006[2004]:34)

一方トビーノも、実質的にバザーリアと意見を同じくする。その内容を見ていく前に、まずその人となりを紹介しておく。1910年にイタリア中部トスカーナ州のヴィアレージョで生まれたトビーノは、医大生時代に詩作を始め、詩人・作家として活動するかたわら、リビアで軍医として精神科医のキャリアを積み始めた。トビーノは、1943年にはトスカーナ州ルッカ市のマッジャーノ精神病院に異動し、以来、退職まで40年以上にわたり院内の二室で寝起きし、精神障害者たちと生活を共にした（写真1-1, 1-2）。写真でみるかぎり、明るい色調の調度類が置かれたトビーノの部屋には生活感があることから、精神病院は、彼にとっての家だったのだと考えられる。ここでの経験を綴った三部作「Per le antiche scale（いにしえの階段をとおって）」（1972）、「Le libere donne di Magliano（マリアーノの自由な女たち）」（1953）、「Gli ultimi giorni di Magliano（マリアーノでの最後の日々）」（1982）は彼の代表作として知られている。

さて、トビーノもまた、精神障害者は町のような空間で暮らすべきだと考えていた。例えば、1958年にトビーノは二名の建築家とともに、ヴェネト州ヴィチェンツァ市が公募した精神病院の設計競技に応募している。精神病院の敷地内の中央に広場を配置し、教会も設けた彼らの設計案は採用され、同年、彼はフィレンツェで開催された神経学の学会において、「今日、新しい精神病院はいかに構築されるべきか」という題目で、同プロジェクトについて発表した。その際、トビーノは、病院は町と同じ外観を呈すべきだと述べたのである（Tobino 1959 in De Vecchis 2009:LIX-LXI）。

さらに1960年代半ばから、トビーノは、マッジャーノ精神病院（写真1-3, 1-4, 1-5, 1-6）において病院の門扉を開放し、精神障害者らの自由な出入りや社会復帰を促進するようになった。当時の閉鎖的で、場合によっては極めて非人道的な施設でもあった精神病院を、人間らしい生活のできる環境として整えようとしたのである（De Vecchis 2009:LVII）。写真1-3からも明らかなおおり、マッジャーノ精神病院はまるで一つの街のようである。病院内には、井戸のある中庭や教会があり、映画館も設けられていたという。こうした取り組みをしていたトビーノであるから、1960年末の時点では、トビーノはゴリツィアでのバザーリアの取り組みを評価していたという（Zappella 2009:IX）。



写真 1-1 トビーノの寝室

(出典 <https://www.oscarmondadori.it/approfondimenti/tobino-il-manicomio-come-orizzonte/>, accessed on October 12/2020)



写真 1-2 トビーノの書斎

(出典 <https://www.oscarmondadori.it/approfondimenti/tobino-il-manicomio-come-orizzonte/>, accessed on October 12/2020)



写真 1.3 旧マッジャーノ精神病院

(<https://www.luccaindiretta.it/dalla-citta/2019/11/12/tornano-le-visite-guidate-allex-manicomio-di-maggiano/152189/>, accessed on August 31, 2020)



写真 1-4 旧マッジャーノ病院の中庭

(<https://www.oscarmondadori.it/approfondimenti/tobino-il-manicomio-come-orizzonte/>, accessed on October 12/2020)



写真 1-5 旧マッジャーノ病院の調理場

(<https://www.oscarmondadori.it/approfondimenti/tobino-il-manicomio-come-orizzonte/>, accessed on October 12/2020)



写真 1-6 旧マッジャーノ病院の病室

(<https://www.oscarmondadori.it/approfondimenti/tobino-il-manicomio-come-orizzonte/>, accessed on October 12/2020)

バザーリアとトビーノは、「狂気 (follia, pazzia)」あるいは「精神疾患 (malattia mentale)」と呼ばれている、精神障害者の心のありかたに関しても、意見を等しくする部分がある。まず、バザーリアの「狂気」に関する言述をみてみよう。

狂気は人間のひとつの状態である。私たちのなかには狂気が存在し、理性があるように狂気がある。問題は、文明的だという社会なのであれば、理性を受け容れるようにして、狂気も受け容れるべきだ、ということである。しかしながら、この社会は、狂気を理性の一部として受け容れ、したがって狂気を排除する役目を担った科学（精神医学）をとおして、狂気を理性にならしめる。精神病院は、不条理・非理性を理に叶ったもの・理性にならしめるということで、その存在意義を持つのである。（Basaglia 2000[1979]:18-19）。

バザーリアにとって「狂気」と呼ばれる心のありかたは、どのような人間の心にも生じうるもので、精神障害者とそうでない者を隔てるものはない。だからこそ彼は、精神病院で行われているように、不条理な「狂気」を、「精神疾患」によって引き起こされた理に叶ったものへと還元することに異議を唱えるのである。例えばバザーリアは、統合失調症というレッテルを貼ることで「狂気の合理化」を図り、非理性を排除することは馬鹿げている、と述べている（Basaglia 1979:70）。

そこでバザーリアは、「精神疾患」を「空疎な定義で単なるラベリング」とみなし、「留保する」ことを提案している（Basaglia 1981[1974]:XXIV）。誤解がないよう申し述べておくが、バザーリアは「精神疾患」が存在しないと考え、このような提案をしたのではない。彼が提唱するのは、「精神疾患をカッコに入れる」ことである（Basaglia 2005:84）。つまり、精神障害者の心のありかたを「精神疾患」と断定することを一時的に差し控え、「精神疾患」と呼ばれうるような精神状態が生じた「社会的文脈と（精神疾患）の関係の分析」（*ibid.*）をする、ということである。このときバザーリアは、「精神疾患」とラベリングされていたものが、何かほかのものとして立ち現れる可能性をひらいているのであるが、同時に、それが「精神疾患」として立ち現れる可能性も否定していない。例えば、「脱施設化・脱制度化」を図ることで、精神障害者の精神病院への過度の適応である「施設化」と、「施設化」によって「覆い

隠されたままの疾患」(Basaglia 1981[1974]:XXIV)の区別が可能となる場合もあることを指摘しているのである。

かわって、トビーノが「狂気」をどのように捉えていたのかを知るために、頻繁に引用される、次の一節をみてみよう。

狂気 (pazzia) とは、ほんとうに疾患なのだろうか？それは、人間の神秘的で神聖な徴候のひとつではないのか？ひょっとすると、私たちが病的逸脱と呼んで傲慢にも拒絶する、至福ではなかろうか？²¹

(Tobino 2016[1963]:142)

トビーノもバザーリアのように、「狂気」を常に「病的逸脱」としてラベリングすることには懐疑的である。ただし、「狂気」は神秘的で神聖であるとして、それは、精神障害者ではない人々の理解を超えた、特異な心のありかただと考えていたことが分かる。興味深いのは、「狂気」は至福をももたらしうるという点である。なぜトビーノは、「狂気」をここまで肯定的に捉えているのであろうか。この点については、1990年に行われたテレビ・インタビュー²²でトビーノが披露した、とある女性の精神障害者の逸話が参考になる。この女性は、気候のよい時期になると、中庭の木に登り、歌いながら枝から枝へと楽しそうに飛び移ることを習慣としていたという。「彼女が枝から枝へと飛び移っていたときは、確かに危険はありましたが、彼女は幸せだった。彼女は自分の人格を示していたのです」²³ (Delli Ponti 2010)。

トビーノは、精神障害者が「狂気」をとおして自己表現すると考えていた。自己表現は「人情深い者の務め」(Tobino 2016[1953]:34)だとするトビーノは、その務めを果たす精神障害者が幸せそうにしているのを目にしていた。だからこそ、トビーノにとって「狂気」は「守るべき善」(Magrini 1990:23 in De Vecchis 2009:LX)でもあった。

さて、1952年に精神科医で神経科医でもあるフランスのジャン・ドレーとピエール・ドニカーによって発見されたとされる向精神薬が、精神医療に大きな変化をもたらした時期を生きてきたバザーリアとトビーノは、それぞれ、向精神薬は諸刃の剣になると認識していた。まず、バザーリアもトビーノも、向精神薬が精神障害者の症状を緩和しうるとして評価している。バザーリアは、「もし病人が疾患のせいで自分の自由を失ったのであれば、自分を取り戻す、というこの自由は、薬剤によってすでに与えられた」と述べている (Basaglia 2005[1965]:60)。例えば、服薬によ

って極度の緊張などといった症状が抑えられることで、患者は他の人とコミュニケーションをとり人間関係が築けるようになるとの指摘をしている (Basaglia et al. 2008:42)。同様に、トビーノも、服薬した者は他の人々とコミュニケーションをとれるようになり (Tobino 2009[1982]: 16)、「人間として、自由な市民として、対等に扱われるようになった」 (Tobino 2014 [1972] :154-155) と小説のなかで記している。彼は、向精神薬の作用によって精神障害者の暴力的な振る舞いなどが収まり、家族にも社会にたいしても、精神障害者の受け容れを促す事が可能になったとも述べている (Tobino 2009[1982]: 16)。バザーリアもトビーノも、向精神薬の発見が、社会には、精神障害者の受け容れを促し、精神障害者自身には、社会の一員として振る舞うことを可能にした、と考えていたのである。

一方、向精神薬の欠点に関して、両者は意見を等しくしているといえる。向精神薬には、精神障害者にたいして、抑圧的に作用する側面があることを批判しているのである。バザーリアは、向精神薬は医師が精神障害者にたいして行う「新手の管理」 (Basaglia et al. 2008: 39) で、「抑圧の装置」 (ibid.:42) としても機能し、その「鎮静」作用により「病人はいまだに受動的な病人の役割に留め置かれている」と述べる (Basaglia 2014[1968]:71)。もし、投薬と同時に、病人が失っている「自由を守るためのアクションを病院が実行に移さないのであれば」、病人のなかで「もはや完全におしまいだという確信が高ま(り)」、「無関心、無気力」な態度を示すようになる、とバザーリアは警告を発している (Basaglia 2005[1965]:60)。

かわって、トビーノは、向精神薬とは、「狂気」を「覆い隠し、鈍化し、弱める」 (Tobino 2009[1982]:51) もので、化学的な第二の「拘束衣」 (ibid.:58, Tobino 2014 [1972] :153, Tobino 2016[1953]:142) にもなりえると指摘している。投薬された者は、「ぼうつとしたまま手探りで進み、唇からはよだれが垂れ、両腕はぶらぶらと揺れる」 (Tobino 2009[1982]:58) ようになるからである。例えば、前出の女性が枝から枝へと飛び移る光景は、向精神薬が導入されると、見られなくなったという。危険な木登りを止めさせようと、彼女に大量の投薬がなされたのである。こうしてトビーノは、「(向精神薬は) 人格を損ね、抹消する」 (Delli Ponti 2010) と考えるようになった。

ここで注目したいのは、バザーリアもトビーノも、精神障害者が自分自身でいる可能性、すなわち自己表現をする可能性が、向精神薬によって抑

圧されうることを問題視している点である。バザーリアは、精神障害者が受動的な役割に留め置かれるとし、トビーノは、精神障害者の人格が抹消されると述べていることから、両者が、精神障害者による自己表現の機会は守られるべきものだ、と考えていることが分かる。これは、精神障害者が自己表現をすることに、何らかの治療効果があるという認識を、バザーリアもトビーノも持っているからだと考えられる。

バザーリアとトビーノの相違点

ところが、精神障害者による自己表現が、どのような形で行われるべきなのかが問われるとき、両者の見解が決定的に食い違ってくる。まず、バザーリアは、精神障害者が隔離され監視下におかれているうちは、自己表現はできないと考えていた。なぜなら、そのような状況では、精神障害者は医師をはじめとする誰かに依存し、決定権を持たなくなる傾向が強くなるからである。例えば、バザーリアによれば、精神病院では「病人はその医師に堅く結び付けられ」「(医師への)依存状態から解放されたことは一度もない」(Basaglia 2000[1979]:7)。しかも、「医師の知識のあらゆる内容が病人の管理と抑圧本位になっている」(ibid.:50)からこそ、もともと治療の為に誕生したはずである精神病院が、病人の「徹底的な没個性化」と「完全な客体化 (oggettivazione)」が図られる場所になっているというのである (Basaglia 2005[1965]:58)。こうして、「病人にたいして主体的に自分の意見を述べる可能性を与えない」(Basaglia 2000[1979]:50) 精神病院においては、精神障害者は「市民として一種の死亡状態」(ibid.:10)にあるのだと、バザーリアは主張しているのである。

バザーリアにとって、精神障害者による自己表現の機会は、地域社会のなかでこそ与えうるものであった。バザーリアは、人の意志や欲望は、「人々のあいだではじめて具体的なかたちをとるようになる」(松嶋 2014:195)と考えていたのである。この点に関して、松嶋は、参考になる事例を紹介している。とある精神障害者が、自ら決定することを重荷に感じて精神病院に残りたがっていたという。そこで、この精神障害者にたいして、地域社会で働き生活できるような支援がなされたところ、「地域で仕事をし収入を得ながら生活をする」意志が、「他の人々の関係性のなかで芽生えたというのである (ibid.)」。

一方、トビーノは、隔離され監視下におかれることで、自己表現ができるようになる精神障害者もいると考えていた。トビーノは、精神障害者た

ちが「24時間ぶっ通しで」「誰に咎められることもなく」「狂気」を生きることができるようにする重要性を説いている (Tobino 2016[1953]:33)。向精神薬の発明以前には、精神障害者たちは隔離室という「自分自身を表明する自分の王国」で、「微に入り細にわたり自らの狂気を誇示し(ていた)」とトビーノは主張し (ibid.:34)、そのような精神障害者たちの様子を、彼は次の様に描写している。

かつて病人は、新しいものであれ遺伝のものであれ、自らの人格を爆発させることができた。自分は王や皇帝であると大声で叫んだり、自分の迫害者たちへの恐ろしい憎悪を打ち明けたり、身の毛のよだつような凶行の犯人であると告白したり、一晩中歌ったり、何時間もあらゆる人々を罵倒したり、踊ったりすることもできれば、棒きれのようにベッドのなかで固まっていることもできた²⁴ (ibid.)。

トビーノは、枝から枝へと飛び移っていた女性が「自分の人格を示していた」ように、精神障害者が理性や主体性を完全に失った状態で「狂気」あるいは「精神疾患」を生きること、自己表現の機会の一つだと考えていた。もちろん、そうした形の自己表現は、精神障害者自身にとっても、周りの者にとっても、危険となる場合もある。そこで、「狂気」をとおして自己表現をする精神障害者は、隔離のうえ監視下に置く必要があるという認識をトビーノは持っていたのである。

当然ながら、トビーノが守りたいと考えた精神障害者による「狂気」・「精神疾患」をとおした自己表現の機会を、地域社会のなかで常に精神障害者に保障していくことは非常に難しくなる。そこで、そうした実例として、筆者が、総合病院で働く30代の精神科医マウリツィオから聞いた、難民の男性の事例を紹介しておきたい。中東出身のこの男性は、長年監禁され拷問を受けたことで、人との接触を避けるようになり、人間関係の構築ができなくなっただけでなく、どのように努力しても集団生活ができなくなっていたという。男性は長い間、誰とも喋ることはなく、マウリツィオとだけ、週一回の面接で言葉を交わすだけであったという。

これが、拷問を受けたことで完全に活力を奪われた者の心のありかただと筆者に語ったマウリツィオは、人との接触をさけるのも、男性の自己表現のひとつであったことを示唆しているといえる。この男性は、地域社会の人々と交流しながらのグループホームでの集団生活はどのような形態であっても受け入れられなかったことから、最終的には、一人で暮らせるよ

う特別な措置がとられたという。その後、男性は投薬を受け続け、徐々に酷い頭痛と不眠が収まっていくと、やがて近隣のモスクに通うようになったという。先に引用した事例が、地域社会への関心が人々の中で芽生えた事例だったとすれば、こちらは、精神科医と面談する以外は孤立状態といえるなかで長期間過ごすことで、地域社会への関心が芽生えた事例だといえる。

ここまで、治療の場と「狂気」・「精神疾患」、向精神薬、精神障害者の自己表現に関する、バザーリアとトビーノのそれぞれの思想を検討してきた。バザーリアもトビーノも、町のような場所が治療の場であるべきだと考え、「狂気」を人の心のひとつのありかただと認識し、向精神薬は症状を緩和するものの、精神障害者の自己表現を抑圧しうるとみなしていたことをみてきた。だが、精神障害者によるどのような自己表現の機会を守るべきなのかという点で、バザーリアとトビーノの見解がわかれた。トビーノは、精神病院の中でこそ可能な自己表現もあるとし、バザーリアは精神病院の外ではじめて自己表現が可能になるとしていた。本章の冒頭で示したとおり、精神障害者の社会性をどう捉えるのか、言い換えれば、精神障害者を社会のなかでどのように位置づけるのか、それぞれ考えかたが異なるのである。バザーリアは、精神障害者にも「健常者」同様の社会性があると考え地域社会の一員として包摂しようとし、トビーノは、どの精神障害者にも常に「健常者」のような社会性があるわけではないと考え、そうした精神障害者を地域社会から隔離しようとしていた、といえる。この相違点が、法律第 180 号をめぐる論争へと発展していったのである。

1.3 平行線を辿る議論

バザーリアとトビーノの間には、精神障害者の社会性の捉えかたに関して見解の相違があるため、1978 年 4 月 18 日にトスカーナ州フィレンツェ市の地方紙「La Nazione」に掲載されたトビーノの記事を発端とする論争は、平行線を辿るものとなった。まず、どのような経緯でトビーノが記事を書いたのかを簡単に紹介してから、その内容をみていくことにしよう。

法律第 180 号の制定を間近に控え、トビーノは多くの入院者たちから呼び止められ「私たちは追い出されるのでしょうか？」と聞かれるようになったという (Tobino 2009[1982]:32)。精神病院の代替施設が用意されているのか否か定かでないなか、このままでは入院している精神障害者たちが行き場を失うと危惧したトビーノは、病院内の人々から記事を書くこと

を促されたこともあり (Tobino 2009[1982]:33, 45)、10 頁の原稿を書くと、「La Nazione」の編集部に自ら届けた (Tobino 2009[1982]:34-35)。世論に訴えることで、法案の可決を阻止しようとしたのである (Tobino 2009[1982]:52)。

1978年4月18日、「彼らをそっとしておいてくれ、(精神病院は)彼らの家なのだから」という見出しで、トビーノの記事は掲載された。それは記事というよりも、まるで彼の小説の一片のようである。まず、マジジャーノの精神病院で暮らす、常に監視と保護を必要とする精神障害者たちの様子が描写される。他害行為や自傷行為がみられる者だけでなく、そこには、精神病院で保護されるまで、地域社会で馬鹿にされたり傷つけられたりするばかりであった者も含まれる。記事の後半では、シピオーニという名の看護師とトビーノとの間の会話が綴られる。トビーノとシピオーニは、精神障害者たちが今までのように常に誰かに見守られ世話をしてもらえるような代替施設が確保されていないことについて語り合い、精神病院の全廃を推し進めた「改革派」の人々についての皮肉や辛辣なコメントを口にする。彼らが心配するのは、入院している精神障害者たちの行く末である。精神病院の看護師が、入院者たちの家族に手紙を書き、迎えに来るように促したが、全ての家族が引き受けられないと回答してきたからである。記事は、「見捨てられた」精神障害者たちを守るために、記事を書くよう促すシピオーニの台詞で締め括られている (Tobino 1978a, Tobino 2009[1982]:36-45)。

トビーノはこの記事で、精神病院に入院する精神障害者たちが、いかに隔離と保護、監視を必要とするかを強く訴えている。彼が、精神障害者の隔離と保護、監視にこだわるのは、理性や主体性を完全に失う「狂気」を生きることによって自己表現する者もいるからである。トビーノにとっての精神障害者たちの「家」とは、精神障害者が、その身を危険に曝すことなく、また、他の人々にも危害を加えることもないように、隔離され監視下におかれながら、自己表現できる場所だったのである。

さて、トビーノの記事を読んだバザーリアは、5月4日にトスカーナ州ピサ市の地方紙「Paese Sera」に掲載されたインタビュー記事で反論する。見出しは「トビーノ：偽りの女たち」である。バザーリアは、「私たちが破壊したい制度は、権力そのものなのだと」し、「精神医学は、周縁化された人を管理するために権力が用いる科学だ」と論じる。したがって、精神病院の閉鎖には政治的意義があるのだが、トビーノはその政治的意義を意図的に顧みないと批判する。バザーリアによれば、それはトビー

ノが権力の道具と化しているからなのである。バザーリアはゴリツィアの精神病院での経験をふまえ、トビーノの小説『マリアーノの自由な女たち』で描かれているような、自由に「狂気」を生きる精神障害者など存在せず、すべては偽りだったと述べる。つまり、精神病院に入院する女たちは長年隔離されてきたものなのだが、トビーノは虚像を描き出すことで、精神障害者を管理したい権力に奉仕してきた、というのがバザーリアの主張である (Castelli 1978) ²⁵。

バザーリアは、精神障害者の隔離と保護、監視が、権力を持つ者によって行われることを問題視していた。精神障害者の個々のニーズにもとづき行われるべき支援の場面に、政府に代表されるような権力が介入すれば、往々にして、権力側のニーズに則って「支援」がなされるようになるからである (Basaglia 1981:475)。彼は、こうした「支援」の名の下に行われる精神障害者の隔離と保護、監視が、精神障害者の管理と表裏一体であることに危機感を抱いていた。閉鎖された空間のなかで「自由に使われていた特殊技術 (拘禁、拘束、電気ショック、薬剤など)」を有する精神病院につきものの「ある種の過保護主義」が、法案可決後も、「社会福祉的な管理」の形で再生されることを、バザーリアは危惧していたのである (ibid.:474)。

そこでバザーリアが精神病院のかわりに整備しようとしていたのは、精神障害者が権力側からの「支援」をうけることなく、生活できる場所であったことが、次の発言から推し量れる。「なぜ私たちが今、入院者に (精神病院ではなく) 家を与えたいのであろうか? (中略) 私たちは、家をもってして、保護下にある人が持つことのできない交渉力を与えたいのだと、と私は考えている」 (Basaglia et al. 2008:16)。ここでいう「交渉力」とは、精神障害者が独自に街の人々とコミュニケーションをとり、人間関係を構築する能力を意味している (ibid.:17)。なぜ「交渉力」が重要なのかというと、バザーリアによれば「完全に狂っている者が他の人間と関わる時、狂人ではなくなり、〈価値ある〉人物になる」 (ibid.) からである。バザーリアは、と考えていた。彼は、精神障害者と地域社会の人々が出会うことで、精神障害者は、政府などによるお仕着せの「支援」を受けるのではなく、地域社会で見守られるようになる、と期待していたと思われるのである。

バザーリアにとって、精神病院における精神障害者の隔離と保護、監視は、権力による管理とほぼ同義語で、精神障害者から自己表現の機会を奪いうるものであった。したがって、バザーリアが考える精神障害者たちの

「家」とは、精神障害者が地域社会の人々に見守られながら生きることのできる場所だったのである²⁶。こうして、精神障害者の隔離と保護、監視をめぐってのバザーリアとトビーノの議論は、平行線を辿るばかりとなった。トビーノの世論への訴えは功を奏することなく²⁷、5月18日に法案は可決され、精神病院での治療から地域医療への移行は決定的となった。

1.4 法律第180号施行後の精神障害者たち

では、法律第180号施行後、精神障害者たちはどのような影響を受けたのであろうか。次に、バザーリアとトビーノそれぞれが描写する、改革後の精神障害者たちの様子を見てくことにしよう。

法案可決から1年が経過した時点で、バザーリアは、法律第180号の施行状況を次の様に評価している。まず、課題としてあげるのは、トビーノとの論争で論点となった、精神障害者たちにとっての「家」、精神病院の代替施設である。バザーリアは、帰る家がなく、行き場のなかった元入院者である精神障害者たちが、グループホームや旧精神病院内の元職員用の部屋に住まうようになったとしているが (Basaglia 2000[1979]:47)、新しい形態での支援と入院のための施設の数が十分でないということ、そして、施設の質や特色について議論が続いていると述べている (Basaglia 2005[1979]:282)。バザーリアは、法律の適用に際しての準備不足を認識していたといえる。

こうした準備不足の悪影響を最も被ったのは、精神障害者の家族であった。心を病んでいるうえに長期間の入院で社会との接点を失っている精神障害者の帰宅は困難を伴うものなのだが (Basaglia 2000[1979]:17)、法律は、元入院者とその家族のための支援体制が十分に整備されないまま施行された。例えば、1979年1月15日にバザーリアが出演したテレビの対談番組²⁸には、精神病院から30歳の息子を引き取った母親ロジーナ・マッフアツツァも出演し、自ら「悲劇的」と形容する息子との暮らしについて次の様に語っている。

マッフアツツァの息子は、地域の診療所に通ったり、家族の支援を受けて薬を飲んだりすることも拒んだため病状が悪化した。主治医は、家族と暮らしながらの治療は無理だと判断したことから、彼女の息子は番組の収録の4ヶ月前から入院している。マッフアツツァは、息子との関係構築に苦勞しているため、家族はどのように精神障害者と接するべきなのか、医療者からアドバイスを受ける機会が設けられるべきだと訴えた。このときバザーリアは、マッフアツツァにたいして、入院が決まるまでに、往診し

た医師はいなかったのかと尋ねている。マッフアツツァは、医師に相談に行くのはいつも自分だけだったと言ったため、バザーリアは、「誰も来なかったのですね」と確認すると、「そうです」と彼女は答えている（RAI 1979）。バザーリアは、マッフアツツァのような精神障害者の家族から抗議の声があがったことを重く受け止めていたと思われ、個々のニーズに鑑みた支援ができるセンターと諸施設のネットワークを構築せねばならないと述べている（Cimarosti et al. 1981:3）。

もう一つの課題とされていたのは、医療従事者たちが法律第 180 号の適用にたいして示した否定的な態度である。バザーリアによれば、「法律の最大の欠点のひとつは、法律を適用したい医師、看護師、ソーシャルワーカーがいないこと」（ibid.:2）であった。精神病院を中心とした医療から地域医療への移行が、臨床家らにとって容易ではないことはバザーリアも十分に認識していた。臨床家は、従来、拠り所としてきたような経験を徐々に手放さねばならず、そのとき、今まで自分自身を含む臨床家たちを支えてきた「信仰」が失われることが明らかになる、とバザーリアは指摘している。そのとき、法律そのものが、臨床家の自己と自らの仕事に対する意識を変化させ、臨床家に打撃を与えると、バザーリアは論じているのである（Basaglia 2005[1979]:284）。法律第 180 号の施行は、臨床家にとっては、「マゾキズム」であり「自己喪失」であり（Basaglia 2000[1979]:72）、あらゆる特権の段階的な喪失を意味するのであるが、バザーリアは「私たちは去勢せざるをえないのだ」と断言している（Basaglia et al. 2008:56）。

一方、改革の成果として、バザーリアは次の二点を挙げている。第一に、精神障害者の入院者数が激減した²⁹。法律の施行から一年半後に、入院者数が、5 万 2 千人から 4 万 2 千人へと減少している（Cimarosti et al. 1981:3）。さらに、TSO (trattamenti sanitari obbligatori) として知られる強制医療介入の件数が非常に抑えられ（Basaglia 2005[1979]:282）、法律の施行以前には、全国の入院者の 8 割をしめていた措置入院が、半分以下になった（Basaglia 2000[1979]:82）。科学史家・科学哲学者のコルベッリーニと精神科医のジェルヴィス³⁰によれば、これは、精神障害者の入院を回避するために設けられた法律第 180 号の条項が、直ぐさま遵守されるようになったからである（Corbellini e Jervis 2008）。例えば、第 3 条では、入院期間は基本的に 7 日間とされ、第 4 条では、延長が必要と判断された場合でも、最長で 30 日と規定されたことから、臨床家たちは、精神障害者を長期間入院させることが

できなくなった (Italia 1978)。さらに、第6条では、SPDC (Servizio psichiatrico diagnosi e cura、「精神科診断と治療サービス」とよばれる入院施設³¹で設けられるベッド数は15床までと定められ、第3条では、強制医療介入の場合は、従来のように警察署長ではなく、市長という「民主主義的に選ばれた人物」の許可が必要になることが明記されたため (ibid.)、自動的な措置入院が実質的に不可能となった (Basaglia 2000[1979]:82)。こうして、精神障害者を社会から隔離する形の治療が急速に廃れていくなか、精神障害者らの社会復帰も急速に推し進められていったであろうことは明らかである。

第二のポイントは、精神障害者にたいして、個々のニーズや市民としての権利に基づく治療が行われるようになったことである。イタリアでは、1904年2月に制定された法律第36号「精神病院と入院者に関する法律」、通称「ジオリッティ」法³²で、精神疾患が社会的脅威に関連付けられて以来 (Italia 1904)、精神障害者は社会にとっての危険とみなされ、積極的に入院が促された経緯がある。以来、精神障害者にたいする「治療」は、社会秩序のために行われてきた。だからこそ、バザールは、法律第180号の「斬新さ」は、精神障害者にたいする「監視と暴行、抑圧の必要性が根拠付けられていた精神病者 (malato mentale) の〈危険性〉という法的概念」が消滅したところにある、と力説する

(Basaglia 2005[1979]:282)。法律第180号第1条では、精神障害者にたいする治療は、「人の尊厳と、憲法により保障されている市民的、政治的権利を鑑みて」行われると明記されたからである (Italia 1978)。バザールは、「健康な者と病む者の人権を認める」という「文明的で憲法で規定された要素が保健法に組み込まれた」点を、高く評価したのである (Basaglia 2005[1979]:282)。

バザールは、法律第180号の施行とは、精神障害者の家族と臨床家自身にとっては痛みを伴うものであったが、精神障害者たちにとっては大きな前進だと捉えていた。入院による治療が極力回避されることで、精神障害者には地域社会で暮らす可能性がひらかれ、また、精神障害者の市民的、政治的権利を鑑みた治療が規定されたことで、精神障害者は、法的に一市民として認められるようになった。法律第180号は、長きにわたり、社会的な脅威と見なされてきた「狂気」が、人の心のひとつのありかたとして受容される切っ掛けをつくり、精神障害者は精神障害者ではない者と同じように、一市民として社会に包摂されるようになったのである。

ところが、トビーノが描写する法律第 180 号の施行以降の精神障害者たちは、バザーリアが描く精神障害者の姿とは一致しない。彼は、精神病院が閉鎖されて以来、精神障害者の自殺が多くなったことを、日記『マリアーノの最後の日々』(1982)で繰り返し綴っている。トビーノは、列車に飛び込んだ者、服毒した者、首を掻き切った者、窓や階段の吹き抜けから飛び降りた者に関する報告を絶え間なく耳にするようになったという (Tobino 2009[1982]:104)。例えば、片足を欠損している女性は、一つの医療機関につき 15 床までと法律第 180 号第 6 条で規定されたベッドの一つを、新しい入院者に明け渡すために退院を余儀なくされた。女性は、寒い時期に杖を突きながら町をさまよった末に、夜になると水路に身を投げたのである (ibid.:118-119)。トビーノが務める病院の元入院者たちも例外ではなかった。トビーノにたいして、「あなたと同じ人間のよう私を扱おうとしたってムダですよ」と、いつも繰り返していたという男性は、インシュリンを自ら注射して自殺したという (ibid.:148-149)。

監視や保護下におかれなくなったことで命を落とした精神障害者についても、トビーノは書き残している。ある日、自分の身の守り方を知らない精神障害者の入院者が、付き添いもなく病院を出て行方不明となった。法律第 180 号第 4 条では、誰でも強制医療介入の中断を申し出ることができると規定されたことから、病院では入院者の「自由」を尊重し誰も探しに行かなかったところ、翌日、水深が膝の高さ程度の溝で、その亡骸が発見された (ibid.:112-113)。同様に、パーキンソン病の精神障害者が「(病院の) 門扉から出て、姿が見えなくなった」ため、翌日、病院の事務局は彼が「退院した」とみなした。二三日後、その精神障害者は 80Km ほど離れた街で保護され、病院に連絡が入った。対応した医師は、彼は「退院した」ので、法律第 180 号第 8 条にのっとり、「自発的な」再入院の要望がないかぎり迎えには行けないと返答した。その後、彼は保護された街の路上で死んでいるところを発見されたのである (ibid.:247-248)。

この時期、イタリア北部ヴェローナ市にあるマルツァーナ精神病院の院長ケルビーノ・トラブッキは、精神病院閉鎖に関連した精神障害者の死亡者数を数えていた。そして、同医師は、1982 年になると、繰り返し新聞や雑誌に寄稿し、法律第 180 号関連の死亡者数は、2 千から 3 千人にのぼるという報告をしたという (ibid.:256-258)。

さらにトビーノは、監視や保護下におかれる必要がある精神障害者が起こした事件も書き記している。トビーノによれば、「狂人 (matti) はどこにでもいる市民」になったことから、「誰ももう面倒を見ない」ようになり、「流血沙汰」となってはじめて行政機関の「介入」がなされるようになった (ibid.:237)。例えば、アルコール依存症の精神障害者が、町のバーで暴れ出したため、店主が警察に助けを求めたところ、「狂人は管轄外」だとして断られ、憲兵准尉からは、「みんなと同じ市民」なのだから介入できないと言われた (ibid.:236-237)。したがって、市民病院の SPDC (「精神科診断と治療サービス」) から「退院し自宅療養中であった女性」が、金槌を握り締め、舅の頭部をかち割ったり (ibid.:250)、「社会復帰」した 22 歳の精神遅滞者が、5 歳の子供を預かり負ぶって一人で出掛け、橋の中央から川に子どもを投げ込んで溺死させたりしてはじめて (ibid.:14-15)、警察官や憲兵による「介入」がなされる。トビーノは、このような退院者たちは、「社会に適応するために」逮捕され刑務所にいれられたと、辛辣なコメントを残している (ibid.:190)。トビーノは、法律第 180 号の施行を、精神障害者にとっての前進とは捉えられなかったのである³³。

ここまで、精神医療のありかたをめぐるバザーリアとトビーノの思想の共通点と相違点を検討し、法律第 180 号制定をめぐる紙上での論争を紹介したあと、法律第 180 号施行後、イタリアの精神保健にもたらされた変化を両者の視点からみてきた。次節では、これまでの議論をふまえ、冒頭でとりあげた難民青年がなぜ地域住民の誰とも出会うことなく命を絶たねばならなかったのかを考察していくことで、移民の精神障害者を地域精神保健制度に包摂することの二面性を指摘していくことにしよう。

1.5 地域精神保健制度における社会的包摂の二面性

まず、ここまでの議論をふりかえっておこう。バザーリアもトビーノも、「狂気」とは人の心のひとつのありかただとみなしており、精神障害者は町のような場で治療をうけるべきだと考えていた。さらに、バザーリアとトビーノは、向精神薬は症状を緩和すると評価する一方で、精神障害者が自己表現を行う場面で、向精神薬が抑圧的に作用しうると批判もしていた。しかしながら、精神障害者によるどのような自己表現の機会を守るべきなのかという点で、見解が分かれた。トビーノは、一部の精神障害者にとっては、理性や主体性を失わせる「狂気」を生きることにも自己表現だとして、その機会を守ろうとした。そこでトビーノは、「狂気」を生きて

自己表現をする精神障害者は、隔離や保護、監視を必要とするため、精神病院は精神障害者にとっての「家」なのだと主張した。対照的に、バザーリアは、精神障害者の客体化や医療者への依存を招く隔離や保護、監視がない環境で、精神障害者が自己表現できる機会を守ろうとした。そこでバザーリアは、精神障害者が交渉力、つまり社会性を発揮して地域社会の人々と共に生活できる場所こそが、精神障害者の「家」だと主張した。法律第180号施行後、精神障害者には地域社会で暮らす可能性がひらかれ、精神障害者は誰でも地域社会の「市民」とみなされるようになった。しかし、精神障害者が「市民」とみなされることは、保護や監視の必要がない者と認識されることでもあり、保護や監視を必要とする精神障害者たちは、事件をおこしたり、命を落としたりすることもあった。

バザーリアとトビーノの思想と、地域精神保健制度が立ち上がった直後の状況についてのそれぞれの言述は、精神障害者という他者の社会的包摂の二面性を浮き彫りにする。バザーリアが指摘したように、精神障害者を社会的な「他者」とみなして隔離し、監視することは、精神障害者の周縁化や管理にも繋がりがかねないことであり、管理へと転じた場合には、精神障害者が個々の特異性を失う可能性も生じてくる。そこでバザーリアは、精神障害者に、市民同様の権利と地域社会での生活を保障し、地域社会の人々との交流を促す事で、精神障害者たちを、自分たちと同じような「市民」として社会復帰させようとした。ところが、精神障害者を「市民」として社会に包摂することは、トビーノが主張していたように、人の主体性や理性を喪失させる「狂気」あるいは「精神疾患」と呼ばれる精神障害者の他者性が、地域社会での生活の場面で十分に考慮されないような事態も招きうる。

精神障害者を地域社会に包摂するバザーリアに端を発するイタリアの地域精神保健は、精神障害者の同化に転化する可能性を排除し切れないのではなかろうか。つまり、どの精神障害者にも主体性や社会性を求めることで、そうしたものは相容れない類の「狂気」を生きる精神障害者の特異性が看過されたり、矯正の対象とみなされたりするような危険もあることは否めないのではなかろうか。法律第180号の施行で、地域社会のほかの人々と同じように生活を送れる「市民」とみなされるようになった精神障害者のうち、隔離され監視下に置かれなければ生活できない者は、精神保健サービスの利用のみならず、生活すらままならなくなる場合もあった。また、精神障害者を「市民」とみなすことが推奨されるようになったことで、地域社会の人々は、個々の精神障害者の「自由」を尊重せねばなら

ず、「自発的」な要望がない限り支援することが難しくなった。このように、精神障害者を「市民」として包摂すれば、場合によっては精神障害者にとっての危機が看過され、精神障害者は地域社会で行き場を失いうるのである。

そこで、冒頭の難民の精神障害者の自殺事件に話をもどそう。現在、難民の精神障害者が急増したイタリアでは、約40年前の法律第180号施行当時と同じ現象が起こりうる状況にあるといえる。精神病院から地域社会に解放されたことで困惑した精神障害者もいたように、青年は、母国の社会とは異なるトリエステの地域社会で生活しながら治療を受けることに戸惑った可能性がある。同様に、地域社会を自分の「家」とはみなせなかった元入院者であった精神障害者たちがいたように、イタリアが青年にとっての定住地ではなかったのだとすれば、バザーリアがいうような「交渉力」を発揮して、地域社会で人間関係を構築することに対して、彼は積極的にはなれなかったのではないか。そうなれば、地域社会の人々が、青年と出会い、彼を見守る機会を得ることは難しかったはずである。さらに、青年は難民であったからこそ、地域社会での生活には尚更馴染めなかったかもしれない。精神病院で保護されるまで地域社会のなかで傷つけられるばかりだったという精神障害者がいたように、迫害を受けて逃げてきた者や、拷問などでトラウマを抱えるようになった者は、人と接することに不安や苦痛を覚える場合もある。

精神障害者を地域社会の一市民として包摂するイタリアの地域精神保健において、臨床家やソーシャルワーカーをはじめとする支援者らは、青年の難民としての移動・移住の経験や文化的差異といった他者性に十分に配慮することができたのであろうか。とりわけ、青年の他者性を考慮しながら、青年の治療の場である地域社会での生活環境を整えることは可能だったのだろうか。青年をイタリアの地域社会の一員と同様に扱ったことで、臨床家らが配意しきれないことはなかったのであろうか。このような問いかけをするのは、青年の死と地域精神保健のありかたを関連付け、イタリアの地域精神保健制度や臨床家らを批難するためではない。それでは、余りにも短絡的であり、臨床家たちにたいして公正さを欠くことになる。

ここで指摘したいのは、イタリアの地域精神保健制度のありかたを検討することで浮かび上がる、他者を社会的に包摂しようとする場面で看過されがちな一つの可能性である。どれほど臨床家らが移民の精神障害者の他者性を丁寧に評価し、他者性に考慮した精神保健サービスの提供を心がけたとしても、移民の精神障害者がイタリアの市民と同様に地域社会で生活

する者として包摂されるかぎり、移民の同化が促される可能性は残る。移民の他者性に配慮するイタリアの臨床家たちは、この可能性に常に留意しつつ、同化なき包摂を模索していかなければならないのである。

本章では、精神障害者を地域社会のなかで治療するイタリアの地域精神保健制度のありかたに注目し、同制度が、「他者」の同化へと転じる可能性を常に孕んでいるのではないかという問題提起をした。精神科医や心理士が、文化的差異や個々人の特異性といった他者性をどのように取り扱いながら、移民の精神障害者にたいして精神保健サービスを提供しようとしているのかを検討していくことは、社会の多様性の推進を図るため、他者性をどのように取り扱えばよいのかを考えるうえで、有用な示唆を与えてくれるのである。

本研究の社会的意義を確認したところで、次章からは、議論の文脈をイタリア社会からイタリアの精神保健の現場へと移す。文献研究と参与観察、聞き取り調査の結果をとおして、イタリアの臨床家らがどのような歴史的な文脈や環境のもと、移民の精神障害者たちにサービスを提供しているのかをみていくことにしよう。

第2章 臨床家たちが移民と出会う文脈

前章では、難民の自殺事件とバザーリアとトビーノの思想を検討することで、本研究の研究対象者であるイタリアの精神科医と心理士たちが、移民の地域社会への包摂が移民の同化へと転じる可能性を排除しきれない地域精神保健制度のなかで、移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みていることをみてきた。かわって本章では、議論の文脈をイタリア社会から、イタリアの精神保健の現場へとうつす。臨床家たちが精神保健の現場で、どのようにして移民と出会い、精神保健サービスを提供しているのかを更に詳しくみていくために、文献研究と参与観察、聞き取り調査の結果をとおして、次の四つの出会いの文脈を紹介していきたい。

まず第1節では、イタリアが移民と深い関わりを持つという、歴史的な文脈について叙述する。イタリアは1870年代から約一世紀にわたり移民送り出し国であったが、1970年代後半になると南米や北アフリカからの移民が増え始めたという経緯を簡単に振り返る。その後、1950年代後半以降、継続的に、イタリア南部から経済的に豊かなイタリア中部・北部に向けての国内移住がみられるようになり、移住先でイタリア南部人が「移民」といなされ差別の対象になる場合もあることもみていく。

第2節では、イタリアは欧州の玄関口のひとつであるため、いわゆる「欧州難民危機」の最前線にたってきたという文脈を取り上げる。臨床家らは、昨今、イタリアに流入するようになった多くの難民が、従来の移民とは異なることに戸惑い、難民が適切な形で収容されていないことから生じる諸問題にも対応せねばならない状況に置かれていることを、筆者が聞き取りを行った臨床家らの語りも交えながら詳述していく。

第3節では、研究対象となった臨床家たちの三つの特性を紹介しながら、彼らが診察室や面談室の外で、どのような文脈に置かれているのかを浮き彫りにする。イタリアの精神保健分野では少数派であるという臨床家たちは協力関係にあるのではなく、むしろ、互いに競争しながら、各都市、各学派・団体で、適切な移民の他者性の取り扱いかたを模索しているという状況を、現地調査の結果をとおして描写していく。

第4節では、移民の急増にともない、州政府が移民、とりわけ難民のための精神保健サービスの強化に努めるようになっていくという文脈を示す。臨床家らを対象にした研修の様子を叙述することで、移民の文化的差異にたいする臨床家たちの意識向上が図られながらも、移民のサービス利

用率を高めようと設けられた保健制度が、臨床家たちにとっては使いにくい制度になっているといった側面もあることをみていくことにしたい。

最終節となる第5節では、医療機関外でも面談の場が設けられるという文脈を紹介する。研究に参加した臨床家らは、病院に勤めていても、住宅街のアパートやNPOの施設の一室で、面談を行うことが多い。そこで、そうした面談室が、街のどのような地区にあり、どのようなしつらえとなっているのかを詳述していく。本章では、こうした五つの文脈を示すことで、次章以降で紹介するイタリアの臨床家たちが、どのような文脈のなかで、移民のための精神保健サービスのありかたについて論じ、移民の事例について筆者に語ったのかを明らかにしておきたい。

2.1 移民とイタリア

本節では、まず、1861年のイタリア統一以降のイタリア人の国外への移住について述べ、続いて、1970年代以降、国外からイタリアへ入ってきた移民について紹介する。その後、イタリアの国内移住をとりあげ、イタリア中部と北部へと移住するイタリア南部人が「移民」とみなされていることをみていくことにしよう。

移民送り出し国から移民受け入れ国へ

イタリアの各都市は、都市国家として古い歴史を誇るが、イタリア共和国は、国家としての歴史はまだ浅い。統一運動（リソルジメント）を経て各地の都市国家がイタリア王国へと統一されたのは、1861年のことである。それまでは、どの都市国家も独自に発展を遂げてきたということもあり、統一後、国内の地域差が顕著となった。特に際立ったのが、イタリア南部の経済的発展の遅れである³⁴。経済的に豊かな北部や中部の人々のように生計が立てられない南部の人々は「移民となるか追いはぎとなるか、二つの選択肢しかない」³⁵（Federici & Pittau 2012:10-11）状況になり、活路を求め海外へと移住しはじめたのである。



写真 2.1 ニューヨークのエリス島に到着したばかりのシチリア島からの移民
(出典：<https://www.gettyimages.co.jp/detail/%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%83%BC%E3%82%B9%E5%86%99%E7%9C%9F/immigrants-on-ellis-island-reception-centre-new-york-city-1902-%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%83%BC%E3%82%B9%E5%86%99%E7%9C%9F/1035032506?adppopup=true>, accessed on August 24, 2020)



写真 2.2 ブラジルの農園で働くイタリアの移民

(出典 <http://www.emigrati.it/Emigrazione/Emibrasil.asp>, accessed on August 24, 2020)



写真 2.3 スイスのイタリア人移民労働者の宿舎

(出典：<http://rcslibri.corriere.it/rizzoli/stella/immagini/foto/popup/723565.htm>, accessed on October 5, 2021)

なお、注意したいのは、イタリア南部人の大規模な海外移住が、イタリア統一後、すぐさま始まったわけではないということである。英国の「サセックス移民研究センター」のキングスらによれば、移民の流れが生じる時「一般的に最初に国を離れるのは、移動のためのコネと知識をもつ相対的に富裕な層で（あり）」、「その後になってはじめて、“移民の波”が国のなかでより貧しく、より辺鄙な地方に及ぶ」（Kings et al. 2011 [2010]:28）のである。イタリアはそうした移民現象の典型例である。1876年～1895年までは、イタリア北部からの海外移住が全体の7～6割を占めていたが、1896年以降は、イタリア南部からの海外移住が多数を占めるようになった。こうしてイタリアでは、1870年代から約1世紀にわたり、2,600万人のイタリア人が故郷を後にし（Kings et al. 2011 [2010]:28）、欧州諸国や米国（写真2.1）、アルゼンチン、ブラジル（写真2.2）、オーストラリア、スイス（写真2.3）、南アフリカなどに移住していったのである。

ここで、大変興味深い写真2.3について若干説明しておきたい。この写真は、イタリアの日刊紙「Il Corriere della Sera」の所蔵写真で、1962年に撮影されたものである。写真の部屋の大きさは7x4 m²で、ここに16名のイタリア人の移民が寝泊まりし、各人が、毎月マットレス代として60フラン（現在の円に換算すると約5000円）を支払っていたとい

う。スイスに移住したイタリア人の移民たちが、どのような病いに苦しんでいたのかについては、第3章で詳しく見ていくことにする。

さて、イタリア国外へのイタリア人の移住が約1世紀つづいた後に、イタリアは、移民送り出し国から受け入れ国へと転換するのだが、その年度を正確に特定することは難しい (Lenzi 1980:129)。出移民と入移民の数値が逆転した1973年をその年度とする場合もあるが (例えば、Calvanese 2011:25, Colucci 2012:10, Stillo 2020:54)、適切とは言い難い。当時、入移民の大多数が国外での出稼ぎから帰国したイタリア人であったからである (Baldi e Cagiano de Azevedo 1999:66)。実質的に、外国人の入移民が出移民を上回るようになったのは1970年代をとおしてのことだと思われ (Lenzi 1980:129, Vegliante 1986:64)、イタリアが移民送り出し国ではなくなったことが明確に認識されるようになったのは1981年だと考えられている (Bettin e Cela 2014:17, Pugliese 1991:6)。1981年の国勢調査で、初めてイタリア在住の外国人数の統計がとられ、その総数が21万937人³⁶であることが発表されたと同時に (ISTAT 2022a)、イタリア人の出移民が8万9221人、イタリア人の入移民が8万8886人と、ほぼ同数になったことが明らかになったからである (Guatri 2013, ISTAT 2022b)。

初期のイタリアへの移民は、何らかの形でイタリアと縁のある国々の出身であった。例えば、歴史的にイタリアからの移民を多く受け入れ、19世紀末には約8万人のイタリア人が住んでいたというチュニジアからは (Natter 2015)、チュニジア人の男性が季節労働者としてシチリアに出稼ぎに来るようになった。彼らは、漁船や大規模農園で、多くの場合、社会保障などもないインフォーマル労働者として働いたのである (Bettin e Cela 2014:17)。一方、住み込みの家政婦として働く女性たちは、旧植民地であったエリトリアやエチオピア、ソマリアからだけでなく、カトリック団体をとおして、フィリピンやカーポベルデ諸島、モーリシャス、スリランカ、インド、バングラディッシュ、セイロン、パキスタンからもやってきた (Einaudi 2007:86)。こうした初期の移民は、緩やかなテンポで増加していったのである。

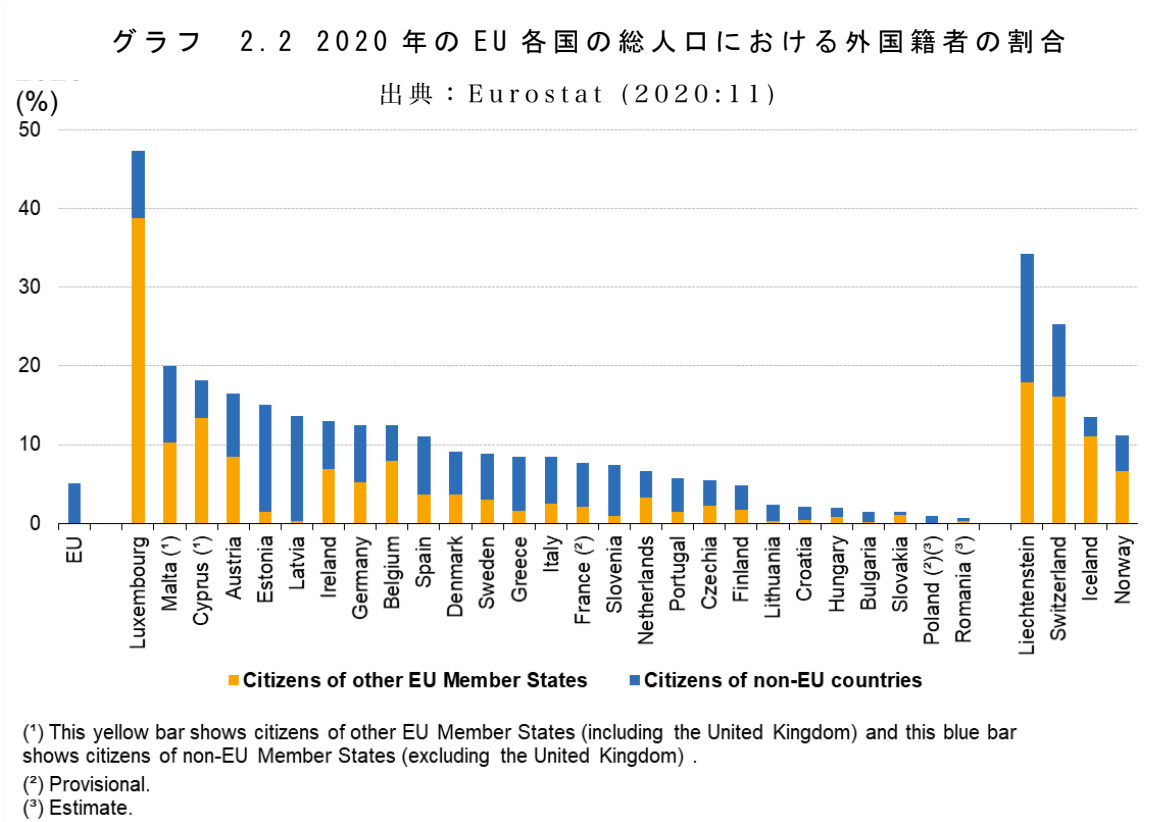
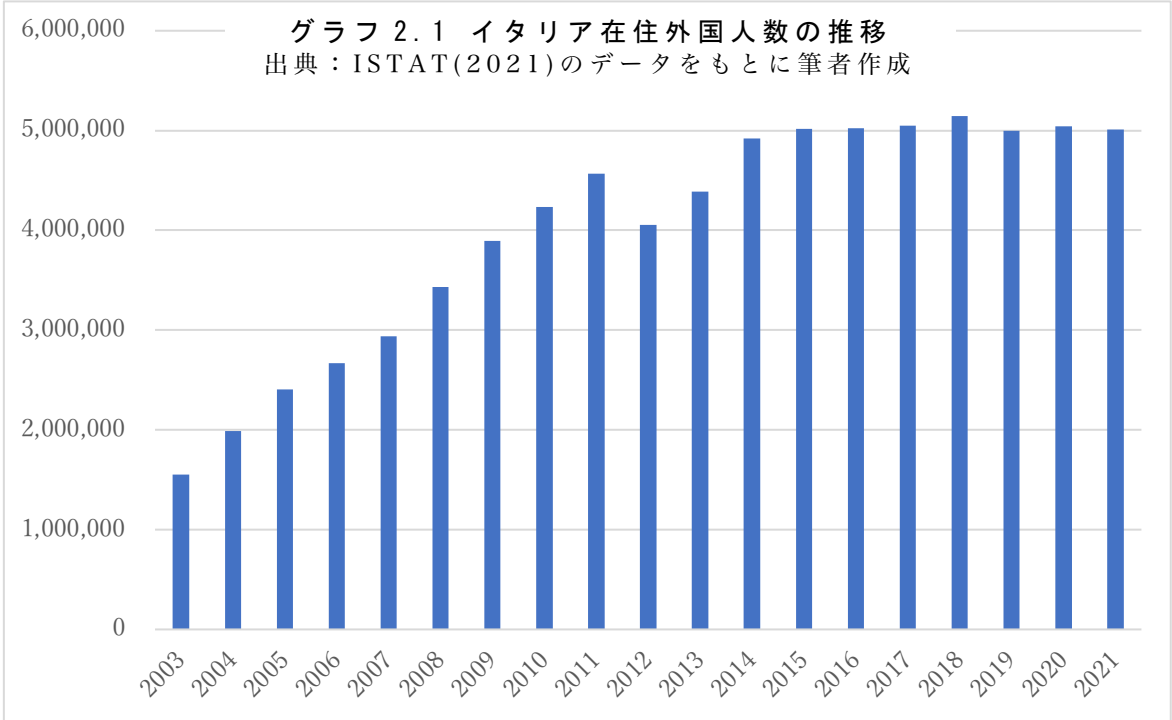
ところが、1980年代末から1990年代初頭にかけて、事態が急変する。まず紛争が勃発した旧ユーゴスラビア圏から、続いて、アルバニア、ルーマニア、ポーランド、ウクライナからの難民・移民が急増し、1996年には、外国人数は100万人を突破した (Pasini 2011:353)。2011年

～2012年にかけて北アフリカおよび中東のアラブ諸国で起こった民主化運動の「アラブの春」以降は、チュニジアとリビア、エジプトから難民が押し寄せるようになり、欧州への難民の流入が本格化する2015年の「欧州難民危機」の前年度からは、ナイジェリアとマリ共和国、ガンビア、パキスタン、セネガル、バングラデシュ、ガーナ、コートジボアール、ギネア、ギニア-ビサウからの難民が激増した（表2.1）。加えて、2015年ごろから中国のキリスト教信者も、国際庇護を求めてイタリアに入国するようになった（Lorusso 2019）。

	2013年	2014年	増加率
ナイジェリア	3,519人	10,138人	118%
マリ共和国	1,806人	9,771人	441%
ガンビア	1,760人	8,556人	386%
パキスタン	3,232人	7,191人	122%
セネガル	1,021人	4,678人	358%
バングラデシュ	464人	4,582人	888%
ガーナ	577人	2,178人	277%
コートジボアール	259人	1,511人	483%
ギネア	171人	935人	447%
ギニア-ビサウ	117人	415人	255%

表2.1 2013年～2014年のイタリアにおける国別の庇護申請者数とその増加率
 出典：イタリア内務省のデータ(Ministero dell'Interno 2015:15-16)にもとづき筆者作成

2021年にイタリア国家統計局（ISTAT）が発表したデータによれば、イタリアの総人口の8.5%に相当する501万3215人³⁷が移民となっている（ISTAT 2021）（グラフ2.1）。また、欧州連合統計局（Eurostat）による統計では、2020年1月1日付けでイタリアは、EU諸国のなかで14番目に総人口に対する移民の割合が高いという結果がでている（Eurostat 2020:11）³⁸。EU圏内には、移民の割合が非常に高いルクセンブルク（48%）やマルタ（23%）といった国々がある一方で、割合が低いルーマニア（3.7%）やスロヴェニア（3.6%）、ブルガリア（2.7%）などといった東欧諸国もあることから、移民の受け入れに関しては国毎に温度差がある。グラフ2.2でも明らかなように、イタリアは移民を積極的に受け入れているわけではないが、かといって東欧諸国のように



受け入れに難色を示すわけでもなく、移民の受け入れに関しては中庸の立場をとっている。つまり、かつて国際的に移民送り出し国として位置づけられていたイタリアは、いまやEU圏の平均的な移民受入国へと転じたといえるのである。

国内移住

つづいて、イタリア国内の移住・移動についてみていくことにしよう。前述のとおり、イタリア南部人の多くが海外へ移住したのであるが、1950年代後半になると、彼らは経済的に発展を遂げたイタリア北部や中部にも移住するようになった。とりわけ1961年～1963年は、歴史的に南部からの国内移住が最も盛んだった時期で、1962年には約30万6000人の南部人が、イタリア北部や中部に向かったという。その後も南部からの移住は続き、1970年には二度目の国内移住のピークをむかえ、その年の南部からの移住者数は24万3000人を数えたのであるが、以降、国内移住は減少傾向となった。1974年に南部人の移住者数が20万人をきってからは、南部からの移住者数は年間約10万から15万人で推移している（Bonifazi 2015 :60）。

イタリア南部からの国内移住が継続しているのは、イタリア南部の貧困問題が、いまだ解消されていないからである。例えば、2019年の一人当たりの年間国内総生産は、イタリア西北部では3万6800ユーロであるのに対し、イタリア南部では1万9200ユーロでしかない（ISTAT 2019a:4）。失業率をみても、2019年には北部は6.1%、中部は8.7%であるなか、南部は17.6%となっている（ISTAT 2020）。必然的に、若者は地元では就職できないため、その多くはイタリア中部や北部に移住する。例えば、筆者がインタビューを行った50代の心理士のテレサは南部出身の5人兄弟で、生計を立てるため、彼女を含む4名が若いときにイタリア中部や北部に移住している。唯一人、故郷から離れたくないと、長年生まれ育った街に残っていたという彼女の妹も、最終的に生活が成り立たなくなり、数年前、移住したという。

生まれ故郷を後にしてイタリア北部や中部に移住するイタリア南部人にとって、移住先で家を借りることは簡単なことではない。これは、南部人の国内移住がはじまった1950年代から、今日もなお見受けられる問題である。たとえば2019年には、ミラノ県のロベケット群において、イタリア南部フォッジャ出身の若い女性が、南部人であることを理由に入居が決まっていたアパートの契約を破棄された（Cassano 2019）。ネット上

にアップロードされた、女性が入居するはずだったアパートの家主の母親と女性との会話の録音では、家主の母親は、自分自身が、移民排斥運動で知られる政党「北部同盟」の熱狂的な支持者で、人種差別主義者であると発言している (ibid.)。イタリア南部人は、国外からの一部の移民と同じように、イタリア北部や中部では、差別の対象となる場合もある。



写真 2-4 壁の落書き

(出典：<https://www.globalist.it/news/2019/08/29/libero-contro-il-sud-i-terroni-leghisti-si-vergogneranno-almeno-un-po-2045665.html>, accessed on March 13, 2021)

街中には、写真 2-4 の壁の落書きのような、人種差別的な落書きも少なくない。ここには、「南部野郎とニグロ、同じクソ野郎、われわれはサルヴィーニと共にある」と書かれている。サルヴィーニとは、前出の政党「北部同盟」の書記長である。また、筆者は 1990 年代に 9 年間イタリアに住んでいたのだが、当時、フィレンツェの中央駅であるサンタ・マリア・ノヴェッラ駅に入る線路沿いの壁に、「郷へ帰れ、南部野郎」と書かれた大きな落書きがあったのを覚えている。他の街からフィレンツェに入るたびに目するその落書きは消されることなく、長らく、放置されていた。これは、南部人にたいして差別的な発言をすることが、イタリア国内でとくに問題視されていなかったということであり、そうした状況にたいして南部人自身も抗議の声をあげることが難しかったということである。

そこで、次に研究参加者の一人で、イタリア南部出身の精神科医であるコジモの話を紹介したい。コジモは現在、イタリア中部の総合病院につと

め、難民のための精神保健プロジェクトにも積極的に携わる臨床家である。コジモは南部の医大を出ると、北部に妻と共に移り住み、長年病院で働いたとのことで、以下は、北部での彼の体験談である。

どこの家でも私は歓迎されなかった。なぜなら私が南部人だったからだ。私は医者だったのだが、何度も（借りようとしたアパートの）家主たちから拒絶された。なぜなら、私が南部人だったからだよ。1960年代のことではない、1980年代末のことだった

私は（ある日）自動車事故にあった。私に落ち度はなかったのだが、警官は、「そうですね、あなたの郷ではみなさん、このような（危険な）運転をするのかもしれないね」と言った。だから私は車を修理した。大金だった。警官が、私の前に割って入ってきた車を運転していた者の言い分を認めたからだよ。私は、医師で稼ぎもあるし、とにかく、（社会的な信頼性という観点から、相手の運転手とは）全く比べものにならないはずだった。しかしながら、住む場所を変えたことで、私はいろいろと居心地の悪い思いをした。

街の人々は、最初は興味津々だった。私の妻は北部出身で、私たちは奇妙だったのだよ。南部の男が北部の女と一緒にいるということだね。私たちは、少々、動物園にいる動物のようなものだったので、よく家に招待された。でも、一度限りの招待ばかりだったよ。

イタリア南部人は、イタリア社会全般で周縁化され、差別を受けることもある。しかしながら、彼らは、フランスのブルターニュ人や、スペインのカタルーニャ人のように、民族としてイタリア北部や中部のイタリア人と異なるというわけではない。それにもかかわらず、南部人はイタリア社会のなかでなぜ「他者」として位置づけられ、南部人自身もなぜ自分を「他者」と位置づけるのであろうか。この問題について考察することは本論の主旨ではない。しかしながら、考えられる答えのひとつは、移民の他者性に配慮した精神保健サービスを提供しようとしている臨床家たちが、移民の精神障害者を地域精神保健制度のなかで、どのように位置づけようとしているのかを検討するうちに、浮かび上がってくることになる。したがって、この時点では、イタリアが複数の都市国家が統合された国家であることが関係していると思われる、ということ述べるだけにとどめ、後ほど、改めてこの問題を取りあげることにしたい。

本節では、移民と深い関わりを持つイタリアの歴史的な文脈を示すため、まず、19世紀後半から約一世紀のあいだ移民送り出し国であったイタリアが、1970年代以降、移民受入国へと転じ、いまや世界中から移民を受け入れるようになった経緯を辿った。その後、1950年代後半からイタリア南部人が職を求めて、イタリア中部・北部に移住するようになり、彼らが移住先の人々から「移民」とみなされ、イタリア社会のなかの「他者」として位置づけられていることについても言及した。続いては、歴史的に移民と深い関わりを持つイタリアが、現在、多くの難民と向き合っているという文脈をみていくことにしよう。

2. 2「欧州難民危機」の最前線にあるイタリア

筆者が聞き取りをおこなった臨床家の多くは、難民の精神障害者に精神保健サービスを提供しており、なかには難民の精神保健に特化した者もいる。そこで本節では、筆者が聞き取りを行った臨床家等による語りを中心に提起しながら、イタリアに上陸する難民の特色や、難民の収容のプロセス、収容所の運営体制、グループホームに関する詳細をここで紹介することで、第5章以降に提起する難民の事例についての臨床家らの語り、どのような文脈で語られているのかを明確にしておきたい。

まず、臨床家たちがイタリアに入国する難民を、どのような移民だと捉えているのかを紹介する。続いて、難民収容のプロセスを概観し、難民の急激な増加により、急ごしらえとなった収容所が抱える問題点を指摘する。最後に、難民に特化したグループホームの一例を紹介し、研究に参加したイタリアの臨床家らが、地域精神保健制度をどのように評価しているのかをみていくことにしよう。

「近頃の移民」

筆者が出会った臨床家たちの誰もが、「近頃の移民は、以前の移民とはちがう」と言う。例えば、難民収容所でソーシャルワーカーとして働いた経験もある40代の心理士ベリンドは、「今日の移民は、移住者としてではなく、難民、庇護申請者として（イタリアに）到着する」と話す。同様に、同じく40代で人類学の学位も持つ心理士のフィリッポは、「最近の（移民）患者は今までの患者とは違う。酷い経験をして、トラウマなどで回復が難しい患者が、成人でも未成年でも増えている」と述べる。彼らが面談室に迎え入れる移民の精神障害者らは、以前のように、イタリアに職を求めてやってくる経済移民ばかりではなくなったのである。

難民の精神障害者とは、場合によっては、迫害や拷問を受けた人々で、治療が難しいというだけでなく、イタリアの市民になるかどうかさえ定かではない人々である。難民の多くは、イタリアよりも、経済的により豊かなドイツや北欧などを定住地として選ぶことが多く、それは、欧州入りしからの彼らが示す高い移動性からも明らかである。地図 2.1 は、ユーロポールやロイタースなどのデータをもとに 2015 年に作成された、欧州入りする難民の移動経路を示したものである。例えば、マリ共和国やニジェール共和国などからの難民は、サハラ砂漠を横断して一旦リビアに入り、トリポリから海路でシチリアのランペドゥーサ島などに上陸し、最終的には、ドイツやスウェーデンなどを目指す。

筆者が出会った臨床家たちをみるかぎり、誰もが、難民の精神障害者の多くが、イタリアを目指して来たのではないことに戸惑っている。例えば、難民の治療を専門とするため、EMDR³⁹なども積極的に治療に採り入れているという 60 代の精神科医ヴィットーリオは、「イタリアに居ることを分かっていない難民に（私たちは）出くわす」と述べている。これは、例えば、地中海をわたる船に乗り込む難民にとって、どこの国に上陸できるのかが定かではない場合もあるからである。

研究参加者の臨床家たちによれば、難民の多くは、イタリア滞在を一時的なものとして捉えている。NPO を立ち上げ、移民のためのイタリア語学校を運営している 50 代の心理士ディアーナも、難民たちと接するなかで、「多くの人々は、多分ここ（イタリア）にいたくない」ということが分かったという。そこでディアーナは、難民たちに少しでもイタリアに親しんでもらおうと、イタリア語のレッスンのほか、ゲームや工作といったレクリエーションの時間も設けた授業を行っているのだと話した⁴⁰。

イタリアに親しみを覚えているとは言いがたい難民たちに戸惑う臨床家らを、さらに困惑させるのが、頻繁に生じる治療の中断である。研究参加者の臨床家らの話では、難民は、ある日突然診察に来なくなったり、姿を消したりするというのである。筆者が知る限り、臨床家らの間では、次に挙げる二つの理由から難民は面談に来なくなると考えられている。



地図2.1 欧州入りする難民の移動経路
 出典：Neudelman and Tasch (2015)

まず、収容所全般にみられる運営上の問題が関係している場合がある。難民収容所においてソーシャルワーカーとして働いたこともあるという30代の心理士エレオノーラによれば、ひとつの収容所で受け入れられる難民の人数には限りがあるため、収容者数が定員をオーバーすると、「古株」の難民が他の収容所へと移動を強いられる。同様に、収容所の運営方針が突然変更となり、別の収容所への移動を強いられる場合もある。例えば、家族が暮らせる個室を設けていた収容所が、単身者専門の運営に切り替えた場合、乳幼児などがいて個室を必要とする難民は、個室のある収容所への移動を余儀なくされる。このようにして、医療機関から遠い収容所

に移動し、臨床家のもとに通えなくなったため、連絡が途絶える者は少なくないという。

第二に、難民は自主的に次々と居場所をかえるという。40代で心理士の養成にも携わる心理士のアンナによれば、政治犯の精神障害者の治療は、とりわけ頻繁に中断する。「(政治犯の場合は)一回限りの治療だとみなすべき。翌日になれば、住む街を変えたり、(その身に)何か起きたり、帰国したりと、どうなるか分からない」というのである。

筆者が出会った臨床家たちにとって、難民の精神障害者は、親しみやすいわけではないうえ、思うように精神保健サービスが提供できない相手となっている。こうした臨床家たちの心情を代弁する、アンナの次の様な語りを紹介しておきたい。

スイス、フランス、英国などでは、すでに難民として認定され、仕事も家もある難民たちのためのセンターがあるの。彼ら(難民たち)は、

(難民認定後に)具合が悪くなり始めるか、(移住する以前から)ずっと具合が悪いということなの。それで、彼らは一般的な公共機関の診療所に行くのではなく、(難民に)特化したセンターに行くのよ。イタリアにいる私たちには、こういうセンターがないし、将来も設けられないわよ。なぜなら…資金もないし、興味も持たれないし。そもそもイタリア人にとって機能的なセンターさえないんだからね(笑う)。(中略)

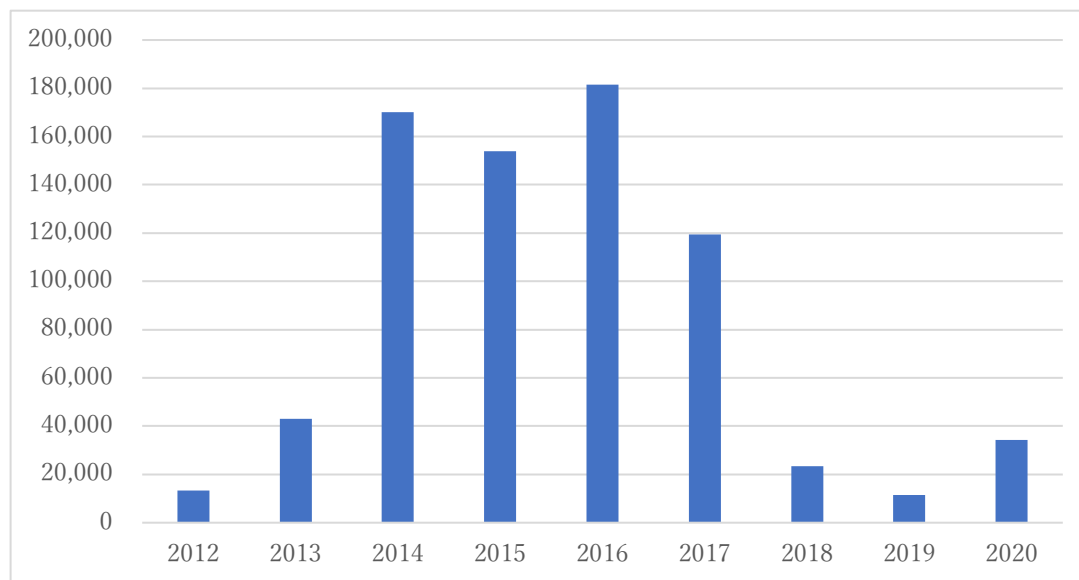
私たちは海外で用いられている、既に定住している人々のための戦略を、定住していない哀れな人々のために活用しようと試みる。それで私たちは、六ヶ月もここに居るのにイタリア語は話さない、仕事もない、身分証明書さえ入手できるか定かではない人の具合がよくなるよう支援しようと、一生懸命になるのよ。

アンナの念頭にあるのは、フランスでいえば、ミンコフスカ・センター⁴¹やジョルジュ・ドゥヴルー・センター⁴²であろう。アンナは、専門性の高い治療を可能とする他国の恵まれた環境を羨んでいるわけであるが、羨んでいるのは、それだけではない。他国では治療を受けに来る難民の精神障害者たちは、「すでに難民として認定され、仕事も家もある難民たち」だという点である。イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスを提供しようとする臨床家らにとって、様々な国の出身であり、イタリアに定住しようとする意志に乏しい難民の精神障害者は、従来 of 移民の精神障害者以上に、掴みどころのない他者となっているのである。

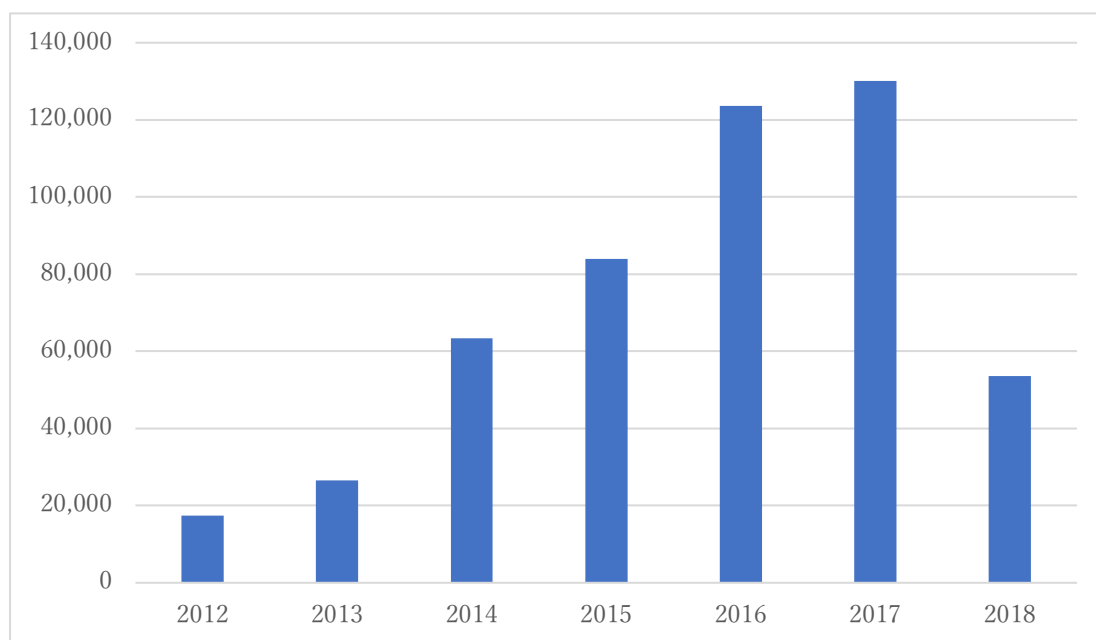
難民の収容

さて、ここからは、イタリアに上陸した難民がどのようなプロセスを経て、イタリア各地に設けられている難民収容所へ入所するのかを概観していく。そして、数年の間に難民が激増したことで、収容所の整備が間に合わず、難民の精神障害者はもとより、臨床家も少なからずの影響を受けている点もみておくことにしよう。

欧州全体では「欧州難民危機」による難民の流入は2015年からとされているが、イタリアではその前年度である2014年から始まった。2013年には、イタリアに海路で上陸する人々は、42,925名であったが、翌年には、170,100人となる（Openpolis 2021）（グラフ2.3参照）。それにともない、イタリアで国際庇護の申請をする者の数は、2013年では26,620人であったが、翌年の2014年には庇護申請者の総数は63,456人と前年比の約2.5倍に跳ね上がり、2年後の2016年には123,600万人にまで膨れあがった（グラフ2.4参照）。ちなみに、2018年に申請者数が激減しているのだが、これは難民支援のためのODAが削減されたからだという見解をOCSEが発表している（Openpolis 2019）。



グラフ2.3. 海路でイタリアに上陸した難民の総数
出典:Openpolis (2021)によるグラフを筆者が改訂



グラフ 2.4. イタリアにおける国際庇護申請者数

出典：ISMU（2019）のデータをもとに筆者作成

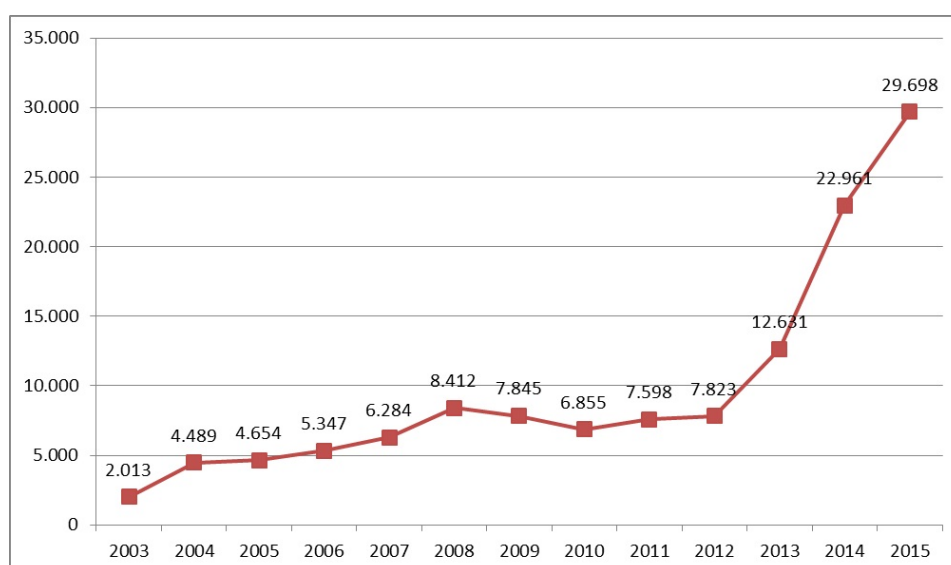
イタリア政府は、2015年9月以降、シチリア州の4自治体⁴³すなわち、ポツァッコ、ポルト・エンペドクレ、トラパニおよび、ランペドゥーサ島を、難民の登録・審査・管理を行うセンターを設置する地域である「ホットスポット」と認定し、暫定的な収容施設（約1500人収容）を設置した。庇護申請をする難民はここで簡単な身元確認と身分登録、顔写真の撮影、指紋採取をすませると、初期収容センター⁴⁴に移動する。難民は、次の滞在先となる、長期滞在型の二次収容施設が決定するまで、初期収容センターに留まることになっている（Ministero dell'Interno 2015）。

イタリアでは、二次収容施設は、「受け入れと統合システム」（Sistema di accoglienza e integrazione, 略称SAI、以下SAIと記す）とよばれている。SAIでは、庇護申請者に物的および法的な支援と保健サービスが提供され、すでに庇護下にある者は、就労支援なども受けられる。しかしながら、もしSAIに空きがない場合、難民は「臨時収容センター」（Centro di Accoglienza Straordinario, 通称CAS^{カス}、以下CASと記す）に送られることになっている（Colombo 2021）。

CASが誕生したのは、二次収容施設がまだ「庇護申請者と亡命者のための保護システム（Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati, 通称SPRAR^{スプラール}、以下SPRARと記す）」とよばれていた

2014年のことである（Peri 2015: 129-130）。SPRARとは、それまで各地方自治体が運営していた難民の収容を合理化するため、2001年にUNHCRとイタリア内務省、「イタリア全国市町村協会」（l'Associazione Nazionale Comuni Italiani, ANCI）の間でかわされた合意書をふまえ、2002年に創設された難民収容施設である（Tennant and Janz 2009:22, Terlizzi 2020:19）。

イタリア内務省の委託をうけた「イタリア全国市町村協会」は、SPRARを統括する「サービスセンター」をたちあげ、イタリア各地にSPRARを設けたのだが（Sistema Accoglienza Integrazione 2021）、2014年に難民が激増したため既存のSPRARのみでは収容先が足りなくなった（グラフ2.5参照）。そこで、イタリア内務省は各県に対して、急遽、CASの開設を指示した。その際、難民の滞在先としてホテルやアグリツーリズム施設、個人宅、国有・県有施設などの転用も可能だとされ（Giuffré 2018:15）、CASの運営者がどのような専門的知識を持っているべきか、という基準も定められていなかったという（Tizzi 2017:28）。こうして、施設のあいだで提供されるサービスにばらつきが生じるようになり、施設によっては、必要最低限のサービスしか提供しなかったり、国際庇護の認定を受けた者の社会的包摂に十分な注意を払わなかったりという場合もあるのだという（Schiavone 2017:106）。



グラフ 2.5. SPRAR 利用者数の推移
出典（Giovannetti e Di Capua 2016）

同様に CAS で働く職員にも、専門知識が求められることはなかったという。筆者が聞き取りをした臨床家たちによれば、職員の募集要項には、概して、応募要件がなかった。つまり、CAS の職員になりたい者にたいして、難民と働くうえで必要となるような語学力と人類学や心理学の知識、あるいは異文化圏の人々とのコミュニケーション・スキルなどが問われることは、殆どなかったのである。こうして、難民の文化的特性を適切に評価することができないような者も、CAS の職員として採用されることになったわけである。

難民の文化的特性を適切に評価できないような職員は、研究に参加した臨床家らの間では、問題となっていた。以下、臨床家たちの話を簡単にまとめておく。まず、こうした職員には、難民の母国の伝統や習慣にのっとった振る舞いがイタリア社会で奇異に映るような場合、精神障害を疑う傾向がある。例えば、年間を通して裸足で暮らす習慣のある地域の出身である難民が、真冬でも靴を履かずに生活していたところ、そのような習慣があることを知らない CAS の職員が、その難民を病院の精神科に連れていったという。また、収容施設内の備品を壊したり、他の人々に暴力を振るったりする難民を、すぐさま精神科医のもとに送る職員も少なくないとのことである。このような場合、臨床家らが難民からよく話をきいてみると、民族的に敵対関係にある者と同室になったことが、暴力行為に繋がっていたと判明することが、多々あるという。もちろん、CAS の職員が適切な判断をくだし、精神障害に苦しむ難民に付き添ってくる場合もある。だが、精神障害者ではない難民が収容所から送られてくることは珍しくないということは、臨床家たちの意見の一致するところなのであった。

難民のためのグループ・ホーム

前章でもみたとおり、イタリアにおいて、移民の精神障害者は、イタリア人の精神障害者と同じように、イタリアの地域社会の一員として迎え入れられる。そして、通常、イタリア人の精神障害者と同じグループホームに入所するのである。ところが、難民の精神障害者が、難民に特化したグループホームに入所する場合もある。

例えば、ローマ市内でアスタッリ・センター協会 (Associazione Centro Astalli、イエズス会系の難民支援団体) が 1999 年以来運営している「ジョルジャの家」と呼ばれるグループホームは、CAS から SAI へと移行する段階にある、独身女性あるいはシングルマザーが数多く暮らす施設である (Centro Astalli 2022a)。2020 年のデータでは、ゲス

ト (ospite) と呼ばれる入所者の総数は 37 名で、ナイジェリア人 (15 名) とソマリア人 (7 名) が多く、その 84% が 18 歳から 40 歳である (Centro Astalli 2022b)。

入所者の多くが人身売買や暴行の被害者であるというこのグループホームでは (Sanità di Frontiera 2019)、通年、ボランティアによるイタリア語の個人レッスンが提供されるほか、中学校卒業の国家資格取得の支援や就労支援なども行われる (Centro Astalli 2022a)。さらに、「ジョルジャの家」は、ソーシャルワーカーのためのセミナーを開催したり、行政区と共同で保健事業に参加したりと活動の幅は広い。例えば、2018 年には母性健康管理をテーマとしたワークショップが開かれた。「体調の良いママ (Mamma in forma)」と「ママに情報提供 (Mamma informa)」を意味する「Mamma In-forma」と名付けられたこの催しでは、妊娠と母性に関するリスク要因の説明がなされるとともに、地域で利用可能な保健サービスの情報提供も行われたという (Sanità di Frontiera 2019)。

ここで、話の本筋から少々横道に逸れるが、グループホームで精神障害者を治療することに対する、臨床家たちの意見を紹介しておきたい。筆者は、研究に参加した臨床家たちに対して、地域精神保健制度の導入を決定付けた法律第 180 号をどのように評価しているのか尋ねてみた。すると、殆どの臨床家たちが、バザーリアの思想を評価していたが、それが精神保健サービスの現場において十分に反映されていないことが問題点であると答えた。例えば、70 代の精神科医であるレオーネは、「バザーリアのプロジェクトは実現には至らなかった。(中略) 法律だけが残り、(バザーリアが始めた精神医療分野における) 改革運動は終焉を迎えた」(精神科医のレオーネ, 70 代) と述べている。

一方、40 代の家族療法家であるブルーノは、筆者の問い掛けに対して「これは嫌な質問だね」と苦笑いした。「法律は適用されたのだが、その概念は理解されなかった」と言うブルーノは、次の様な話をしてくれた。

(僕が住まう) 市内には、旧精神病院がある。実質的に、まさに一つの町だったんだよ。自己完結していた。敷地内の全てが(精神病院の)外に対して閉ざされていた。クリーニング屋があり、畑があって…。つまり、全部、敷地内にそろっていたんだ。(中略) ところが、この精神病院が開放されたとき、(入院していた精神障害者たち) 人々を「吸収 (assorbire)⁴⁵」できる地域がなかった。それはバザーリアの時代の

ことだった。バザーリアは精神病院を閉鎖できると言っていた。けれども、精神障害者たちの面倒をみななければならなくなった市民たちからは--なぜなら、精神障害者は市民の一員となったんだからね--理解されなかったんだよ。今日においては--これは概ね、僕の今までの経験に則って言うんだけど--小規模な精神病院がたくさんあるんだよ。それは、精神病院とは呼ばれない。クリニックと呼ばれたり、SPDC (Servizio Psichiatrici di Diagnosi e Cura, 急性期の入院施設) と呼ばれたり、精神科病院と呼ばれたり、色々な呼び方がされるけど、小規模の精神病院なんだよ⁴⁶。

地域精神保健制度のもと、精神障害者をどのように社会のなかに位置づけるのかが問われるとき、イタリアの臨床家らは、常に、バザーリアが望んだようにできるわけではない。精神障害者を、地域社会の一員として位置づけることができない場合もある。それは、地域社会の一市民である精神障害者を、地域社会が見守らねばならないということが、イタリア市民によって必ずしも理解されていない、あるいは受け容れられていないからなのだということが、ブルーノの話から窺いしれる。

そこで、難民のためのグループ・ホームというテーマに話をもどそう。難民の精神保健に特化した医療機関で精神科医をつとめるヴィットーリオは、法律第 180 号にたいして極めて批判的である。

法律は、イタリアの精神医学を貶めた。ここから回復しつつあるが、それは、いくつかの大学における基礎研究のレベルのみでの話で、臨床のレベルでのことではない。入院全般の減少させることを目的とした、措置入院のための適切かつ適正な措置が講じられなかったという事だね。

(入院の全般的な減少は) 重篤な精神障害の患者を対象とした精神医学においては、最も重要なことだ。(中略) 薬理的な方法を顧みず、患者のレクリエーション活動のための無駄な支出が蔓延するようになった。重篤な患者にとっては、薬理的な方法以外はないんだよ。そうした患者たちは、薬理的な方法なしではやっていけない…。世界では、例えば神経弛緩薬に耐性のある患者について議論している。イタリアでは、そうすることはほぼ不可能だ。なぜなら、(イタリアで) 問題となっているのは、耐性のある患者ではなくて、治療を受けない患者だよ。私は、利用可能な病床数のごく限られた、極めて短期の入院以外は、患者に治療を強制する術をほぼ持たない。イタリアでは法律第 180 号制定

以降、中・長期の措置入院のための場が存在しなくなった。これは、患者は、家族のもとで放置されるか、不十分な管理しかなされないコミュニティのなかに置かれるという状況をもたらす。これはすべて、政治的なイデオロギーのために生じたことで、あらゆる科学的な認識とは関係なく生じたことだ。国際的な学術研究によれば、急性期で精神病の発作がある者には、三ヶ月の入院が必要だとされている。（イタリアの）措置入院は七日だ。つまり、神経弛緩薬が作用し始めるために必要とされている最低限の時間だよ。

ヴィットーリオの語りから、イタリアでは地域精神保健制度が敷かれているため、中・長期の入院や措置入院を必要とする重篤な精神障害という難民の他者性に配慮することが難しくなっていることがわかる。ヴィットーリオが法律第180号を批判するのは、彼が難民の精神障害者と多く接してきていることと無関係ではなかろう。昨今、従来の移民の精神障害とは異なる、回復が難しいような精神障害に苦しむ難民が多くなっているということは既にみてきた。また、前章では、長年にわたる監禁と拷問のせいで、集団生活ができなくなった難民の男性の事例も紹介した。

筆者が出会った臨床家らは、精神障害者を地域社会の一員として常に位置づけられるわけではないことを知っている。そして、精神障害者が重篤な精神障害をもった難民であった場合は、それが不適切な位置づけになりかねないことも認識しているといえる。地域精神保健制度のもと、移民の精神障害者であるという他者性に配慮しようとするイタリアの臨床家らは、時として、ヴィットーリオのようなジレンマを覚えると考えられるのである。

本節ではまず、2014年以降にイタリアに入国する移民が、多様な文化圏の出身であるだけでなく、移動性が高くイタリアに定住する意志に欠ける傾向があることから、臨床家たちにとっては掴みどころのない存在となっていることをみてきた。続いて、難民の急増にともない、CASと呼ばれる急ごしらえの難民収容センターが林立し、急募で採用された職員が、伝統や習慣にのっとりた難民の特定の振る舞いを精神障害によるものと考え、精神障害者ではない難民が収容所から送られてくることが、臨床家の間で問題となっていることについても述べた。最後に、難民のグループホームの一例を紹介したあと、筆者が聞き取りを行った臨床家たちが、地域精神保健制度のもと、入院が必要とされるような重篤な精神障害という他者性に配慮することに困難を覚えているであろうことを指摘した。続い

て、研究対象となった臨床家たちが、精神保健サービスを提供する現場から離れているとき、どのような文脈に置かれているのかをみていくことにしよう。

2.3 面談室・診察室の外の臨床家たち

序論では、移民の文化的特性や特異性を考慮したサービスの提供を試みる臨床家らは、イタリアの精神保健分野では少数派であることを述べた。本節では、この少数派とされる人々に共通する三つの特性を、現地調査の結果をとおして示していきたい。そうすることで、彼らの輪郭を浮き彫りにしていくことにしよう。

富裕層

筆者が出会った臨床家たちは、若い臨床家も含め、比較的裕福な人々だと言える。まず、その多くが、一般的な製品よりも割高なオーガニック製品を好んで購入していた。なかでも特に彼らが有機であることにこだわるのが、野菜であった。筆者は、イタリアでの調査中、滞在先の大家に誘われて、有機野菜の共同購入会が運営する小さな市場を見学したことがある。その時、偶然、インタビューをした臨床家本人や、その家族に出くわしたのである。臨床家たちもまた、有機野菜の共同購入会の会員だったのである。

また、前章でも言及したとおり、臨床家たちの大多数がボランティア活動の経験者である。これは、無料の精神保健サービスに費やせる時間があるということであり、生活が十分に安定しているということである。イタリア国内には無料のセラピーを提供する団体が数多く存在するが、筆者は、創立されて間もないとある団体のミーティングに参加したことがある。その団体は、いつも教会の一室をミーティングの会場として利用するというのだが、筆者が参加した日は、会場のダブルブッキングがあったとのことで、急遽、臨床家の一人が通っているというカフェの一室にみなで移動した。それは、中心街にある、有機栽培の野菜や果物などを供するカフェだった。ミーティングの参加者は20代から70代まで年齢層はばらばらだったが、その9割は女性で、ジーンズにTシャツよりも、スーツやワンピースを着ている者が多く、ブランドもののバッグや宝飾品を身に付けている者もいた。夜の9時から始まったミーティングは11時50分に終了したが、最後まで残っていた20名をこえる参加者の全員に、安価と

はいえないスパークリング・ワインが振る舞われたことに筆者はたいへん驚いたことを覚えている。

難民にたいするサービス提供への関心

このミーティングで取り上げられたテーマが、昨今、移民の他者性に配慮しようとする臨床家らが最も関心をよせる、難民にたいするサービスの提供であった。ミーティングでは、難民の収容施設や支援団体から協定を結びたいという問い合わせが増えており、とりわけ親などの同伴者がいない未成年の難民のためのセラピーのニーズが高まっているという報告があった。このとき、団体では、未成年の難民のためのサービス提供を強化するという方針が打ち出されたのである。

同様の活動方針が掲げられるのを、筆者は別の団体のミーティングでも見聞きしている。こちらの団体は、昨今財政難とのことで、団体の施設内の部屋を一部貸し出し始めたという。団体の代表者は、部屋の貸し出しに伴い、面談やミーティングの場所を別途確保する必要があるといった不便が生じるのだという説明をした後、今後の団体の方針について語り出した。それは、トラウマをテーマとした新しいサービスを次々と打ち出していくという内容であった。具体的には、トラウマに苦しむ難民に特化した心理療法を提供したり、そうした心理療法を提供できる心理士の養成を行ったり、トラウマをとりあげた講座を開催したりしていくということであった。このとき、代表者からは、トラウマ関連のサービスを促進することと、団体の財政難を関連付けるような発言はなかったが、先程の事例のように、難民支援団体などからの問い合わせがあり、ニーズに対応せねばならないというような話もなかった。話の流れからすれば、この団体は、トラウマに特化した様々なサービスを提供することで、財政難を乗り越えようとしていると推測できた。難民の他者性に配慮することは、ビジネスとなるのである。

さらに、難民に特化したサービスを提供する事業に参加できることは、臨床家らにとっては好ましい業績ともなる。筆者は、自身が難民であったメディエーターから、とある男性の臨床家について話をきいたことがある。その臨床家は、移民の精神医療の専門家として、イタリアでは有名な人物である。この臨床家をよく知るといふメディエーターによれば、彼は、以前から難民の精神保健事業に参加したいのだが、なかなか参加できずにいるのだという。筆者は、もはや臨床家としての名声を得ている彼が、なぜ難民の精神保健事業に参加したがるのかと尋ねた。するとメディ

エーターは、自慢の種となるからだ、と答えたのである。この臨床家が実際に、そのような理由で難民の精神保健事業に参加したいと考えているかどうかは確かめようがないのであるが、メディエーターの説明はあながち的外れとはいえないであろう。筆者が聞き取りをすすめていくなか、どの臨床家も、難民を対象とした精神保健事業へ参加したことがあれば、必ず言及し、その時の経験を語ったからである。事業に参加したい臨床家らの間で、競争があることは想像に難くない。

「各人が自分の街のトップ」

移民の他者性に配慮した精神保健サービスに特化している臨床家たちの間での競争は、今に始まったことではない。例えば、筆者が、「博士前期課程ではメディエーターの研究をした」と言うと、「私の所属する団体のメディエーター養成機関がイタリアでも草分け的な存在です」と応じる臨床家たちがいる。あるいは、「通文化的な精神保健サービスをイタリアで最初に始めたのが、私が所属する学派の創始者です」という臨床家たちがいる。精神保健制度の改革運動におけるバザーリアとトリエステの地域精神保健局とは異なり、どの臨床家がいち早く移民の文化的特性などに配慮したサービスの必要性を唱え始め、どの組織がそうした運動の拠点となったのかという点について、臨床家らのあいだで合意はない。

そのうえ、移民の精神保健の専門家とみなされる臨床家たちのあいだでは、一致団結して、移民を対象とした精神医療を発展させようという動きが見られない。現在、イタリアには、移民の精神保健を専門とする全国規模の学会・会議が存在しないのである。筆者が聞き取りをした臨床家たちによれば、80年代には、移民の精神保健をテーマとした国内の会議が開催されていたというが、90年代にはいつてからそうした動きはみられなくなった。その後、世界精神医学会の名誉顧問も務めた精神科医ゴッフロード・バルトッチらの発案で、2011年10月28～29日に「第一回全国会議 多民族的イタリアにおける精神医学と文化：ミケーレ・リッソ⁴⁷没後30周年記念」と題された大規模な会議がミラノで開催されたものの、第二回全国会議は、その後開催されていない。

全国規模の学会や会議がなぜ存在しないのか、その理由を考えていくうえで、イタリアにおけるこの分野の先駆者と言える、現在60代以上となっている臨床家たちについて、複数の臨床家らが筆者に語ったところが参考になる。移民の精神保健をテーマとした国内会議が開催されていた80年代には、まだ若かった先駆者たちは、同じ心理士養成校などの講師をす

ることで、一定の交流があったらしいのだが、90年代にはいると、それぞれが各地にちらばった。こうして、自らの拠点を持つようになった先駆者たちは、自分の街で自分の学派・団体の会議を開催するようになったという。この点に関して、とある臨床家は、「各人が自分の街のトップになることに決めた」のだと評している。以来、先駆者たちが一同に集うと、大きな争いが生じるとのことで、全国規模の会議を開催すれば、「骨の折れるもの」(impegnativo)になるはずだという。先駆者たちが一堂に会する度に生じる争いとは、切磋琢磨するための論争ではない。いつも、いかに自分が他の者より優れているのか、ということの言い争いになるのだという。

現在、自分の街の「トップ」となった先駆者たちが、もし移民を対象とした精神医療のありかたに問題意識を抱いたのだとすれば、1961年に精神病院の状況を目の当たりにして衝撃を受けたというバザーリアと同じような仕方ではなかったであろう。彼らがそもそも興味を抱いていたのは、移民の精神障害者ではなく、異文化圏の精神障害者であったと思われる。彼らは、異文化圏の治療儀礼などを取り扱った研究結果をまとめた書籍を出版し、複数の国際協力事業に携わってきているのである。また、先駆者たちが目指したのは、異文化圏の治療体系の専門家になることであり、場合によっては、臨床家としての業績となるイタリア国外での国際協力事業へ参加すること⁴⁸でもあったはずである。こうして、80年代からイタリアで移民が目だって増加するようになると、彼らは、移民の心の病いの治療者としてというよりも、異文化圏の治療体系の専門家として、異文化圏からの移民を対象とした精神保健分野に招き入れられるか、参入するようになったいえる。

イタリアで移民の他者性に配慮することで、各移民に適切な精神保健サービスを提供しようとしている臨床家らは、移民の健康の権利を守ろうとする意志だけに突き動かされているわけではない。他者性に配慮することはビジネスになり、臨床家としての業績にもなりうる。だからこそ、臨床家たちは、互いに競争せねばならないのであろう。

したがって、ここには、1970年代の精神保健制度の改革を目的とした運動にみられたような、イタリア全土を巻き込む大きなうねりはない。各地の臨床家たちが自らの経験を持ち寄り、学びあうことで、十分に発展していないと認識されている、移民を対象としたイタリアの精神保健サービスの向上を図ろうとする動きはみられないのである。昨今、若い世代の臨床家の間で、学派を越えた共同保健事業や共同研究が見受けられるが、そ

れも全国的な潮流とはいえない。本研究でとりあげるのは、各都市の治療者たちや各学派・団体が、大海に点在する孤島のように孤立した状態で模索している、他者性の取り扱いのありかたなのである。

さて、先駆的な臨床家が、それぞれの街の「トップ」になれるというのは、イタリアの保健制度の地方分権化がすすんでいることと無関係ではない。そこで、次節では、昨今、州毎に開催されるようになっている移民の精神保健サービスの強化を図る事業の一例をみていくことにしよう。

2.4 移民のためのサービスの強化が図られつつある地域精神保健

保健制度の分野で地方分権化がすすんでいるイタリアでは、中央政府は大綱を定めるのみである。具体的な施策は各州政府が策定することになるため、予算や人員に余裕のある州は、独自に移民・難民向けの保健事業を企画・運営することもある。そこで、本節では、イタリア国内でも評価が高い、移民に特化した総合診療所である Inmp (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, 「移民の健康促進と貧困による疾病対策のための国立機関」) や後述の SaMiFo (Centro di Salute per Migranti Forzati, 「強制移住者のための健康センター」) といった難民に特化した医療機関を擁し、移民にたいする医療サービスの強化に力を入れている地域の一つといえる、ローマを州都とするラツィオ州での取り組みをみていくことにしよう。

ラツィオ州の保健事業

「欧州難民危機」以降、難民を対象としたサービスの向上を図る保健事業が複数の州で講じられるようになっており、ラツィオ州も例外ではない。例えば、ローマ市内では、2019年1月1日から2021年12月31日まで、FARI2⁴⁹ (Formare Assistere Riabilitare Inserire, 「育成、支援、リハビリ、参入」⁵⁰) と呼ばれるプロジェクトが実施された。FARI2 で設定されている目標は、「ラツィオ州内にいる庇護申請者と国際保護が必要と認定された未成年者を含む者の身体と精神の健康に関するニーズに対する有効な対応」 (Programma integra 2021) を実現することである。事業の実施機関は、「強制移住者のための健康センター」 (Centro di Salute per Migranti Forzati、略称 SaMiFo) と、同センターを施設内に擁する「ローマ保健事業体⁵¹ 1」 (ASL Roma 1) である。共同事業者は、ラツィオ州の地域保健事業体 6 団体 (ASL Roma

2, ASL Roma 4, ASL Roma 6, ASL Roma Frosinone, ASL Latina, ASL Rieti) と、「アスタッリ・センター協会」(Associazione Centro Astalli、イエズス会系の難民支援団体)、「国際政治研究センター」(Centro Studi di Politica Internazionale, 国際関係研究の独立系シンクタンク)、「チッタディナンツァアッテイーヴァ」(Cittadinanzattiva, 人権保護団体)、「プログラム・インテグラ」(Programma integra, 社会的弱者の社会的包摂の推進団体)である (ibid.)。

この事業で図られるのは、難民の精神障害者の早期特定のほか、難民のための医療介入モデルの強化、州内の地域保健事業体および難民収容所の職員の知識と能力の向上、難民にたいする保健関連情報の提供、難民にサービスを提供する医療関係者らの経験の分析である。具体的な活動内容としてあげられているのは、難民のための「保健オリエンテーション・センター」の強化や開設、保健事業体と難民収容所の職員の育成、難民にたいする保健教育、難民にたいする心身の健康の保護に関する州内のサービスの分析など、とされている (ibid.)。

ローマ地域保健事業体 2 (Roma ASL2) の複合活動部局 (UOC, unità operative complesse) 「移民と外国人保護」の部局長ファブリツィオ・ペッレリ医師⁵²によれば、この事業の特色は、「弱者」としての難民はもとより、州内の地域保健事業体も間接的な受益者となっている点にある。医療関係者の能力向上と、サービスのシステム自体の改善も促進されるからである。そこで、具体的にどのような形で医療関係者の能力向上が図られているのかをみるために、2020 年に開催された、ローマ市内の地域保健事業体で働く精神科医と心理士を対象とした研修の様子を以下、叙述していくことにする。

移民を対象とした保健制度の周知徹底

「地域サービスと病院でのサービスにおける通文化的アプローチ」と題された二日間の研修会は、2020 年の 1 月から 3 月にかけて行われた。できるだけ多くの臨床家が受講できるようにと、毎回 30 名を定員として、毎月、同じ内容の研修会が合計三回開催されたのである。しかしながら、研修会の事務担当者によれば、参加申込みが多く、受講できなかった者もいたという。

筆者が参加した研修会は、イタリア北部で Covid-19 の感染が拡大しはじめた 2 月末に行われた。上院議会図書館などが消毒作業のため休館にな

ったり、コンサートや講演会等が軒並みキャンセルされたりするなか、研修会は予定通り、ローマ市南部に位置する「ローマ保健事業体2」の管轄下にある医療施設にて開催された。以下、移民によるサービス利用の向上を目的として整備されている保健制度に関する一日目の講義と、臨床家らが移民との出会いで受ける文化的ショックを取り上げた二日目の講義の内容をみていくことにしよう。

セミナーの初日には、ローマ地域保健事業体2の「移民と外国人保護」複合活動部局のメンバーが講師となった。イタリアが移民受入国になった経緯やイタリア在住の移民の属性などについて解説があったのち、移民に適用する保健制度について講義があった。多くの事例が紹介されたこの講義の内容をまとめると、次のようになる。

イタリアの憲法第32条では、「共和国は個人の基本的権利そして共同体の利益でもある健康を守り、貧窮者には無償の治療を保障する」(Italia 1947)と規定されている。健康の権利は、イタリア国民に限らず、国内に留まるあらゆる人々の基本的権利とみなされているのである。イタリアではこの原則にしたがい、1995年以降、医療サービスは非正規滞在者にも保障されるべきだと考えられるようになり、1999年には、全国民と正規滞業者に登録が義務付けられている「国民健康保険サービス (Servizio Sanitario Nazionale, 通称 SSN)」⁵³で提供される一部の医療を、滞在許可書がなくとも利用できる制度が設けられた。EU圏出身者であれば、「ENI (Europei non iscritti, 健康保険未加入欧州人)コード」、EU圏外出身者であれば、「STP (Stranieri temporaneamente presenti, 一時滞在外国人)⁵⁴コード」を入手することで、医療機関で治療が受けられ、場合によっては、医療費の支払いも免除されるようになったのである。

通常、医療機関でENIコードやSTPコードを移民に付与するのは医療従事者である⁵⁵。医療従事者は、こうした制度を利用することで、救急医療の提供を非正規滞在者にも保障することができるのだが、それ以外のサービスをどの程度まで提供するのかについては、各州そして個々の医師の判断に委ねられている。このように、国が非正規滞業者にたいする保健医療サービスの内容について特に規定を設けていないなか、昨今では、救急医療だけでなく、「LEA (Livelli essenziali di assistenza, ケアの必須レベル)」とよばれる、SSN登録者に保障されている医療サービスも提供されるようになってきている。

しかしながら、来院した移民がSSN登録者ではないからといって、自動的にENIコードやSTPコードを発行するわけにはいかない。コードの発行には特定の要件が定められているのである。例えば、一歳児を連れて来院した移民の夫妻は、2年前から正規被雇用者としてイタリアで働いていることから、医療従事者は、その子どもには、コードを発行できなかった。両親がイタリアで就労中であれば、子どもにもSSN登録が義務付けられているからである。同様に、ルーマニアの出生証明書があるロマの子どもにも、ENIは発行できなかった。ルーマニアには国民健康保険制度があるためである。いずれの場合も、医療従事者は親にSSN登録について確認を取り、子どもがSSN未登録の場合は手続きを促す事になる。

一方、成人に関しては、コード発行にあたり確認が必要な事項が多くなる。まず、滞在期間を確認せねばならない。例えば、2ヶ月前からイタリアに非正規滞在している南米出身の女性にたいしては、医療従事者はSTPコードを付与することはできなかった。STPコードの取得に必要なとされる、90日以上滞期間という要件を満たしていなかったからである。同じく、失業者リストに登録している者、そして国際保護を申請している者も、制度の対象外となる。いずれも、SSNへの登録が義務付けられているのである。

移民の経済状況や、出身地も確認せねばならない。例えば、国民健康保健制度を利用できるルーマニア人には、通常、ENIコードを与えることはできない。だが、無職のうえ路上生活者であった67歳のルーマニア人男性にたいして、ENIコードの発行が認められるという事例があった。母国の医療サービスも受けられず困窮状態にあると判断されたからである。また、ロマの患者である場合は、その都度、出身地を確認しなければならない。出身地によって、与えるコードが変わってくるからである。ロマには通常STPコードが付与されるのだが、例えば、ヘルツェゴビナ出身である場合は、ENIコードを付与せねばならないのである。

講義では、外国人の来院者のなかには、イタリア在住の親戚をたよって移民をよそおい、イタリアの保健医療サービスを受けに来る者がいるという報告がなされ⁵⁶、STP/ENIコードを安易に発行すべきではないという注意喚起がなされた。こうした来院者は、医療費支払いの免除制度を利用しようとするのだという。そこで講師は、「ですから、皆さんがSTPコードを発行するときは、患者にほんとうに資金がないのかどうか見定めなければならないのです」と言うと、参加者から「患者の資金力をどうやって見定めるのか？」という質問があがった。「例えば、働いているのか、と

聞くことはできますよね」と講師が答えると、「医師がそのような事を尋ねるのか？」という、半ば抗議ともいえるような声がフロアからあがった。続いて、別の参加者が、「私たちは（どの制度をどの移民に適用すべきか）確信をもてない」⁵⁷と述べると、ほかの参加者からも、次の様なコメントがあった。

「未成年の患者に関しては、親が SSN に登録しているかどうかまでは分からない。」

「ローマ市はどの移民にどの制度を適応するのか、規定はしていないはず。」

「これはソーシャルワーカーの仕事ではないのか？」⁵⁸」

この講義の終盤では、制度に関して、参加者からの質問や批判的なコメントが多く寄せられた。講師は、制度の運用のありかたについては、ローマの州都であるラツィオ州独自で定めていく必要があることを指摘し、講義を終えた。

推奨される通文化的アプローチ

二日目の研修では、移民に特化した精神保健分野でそれぞれ名の知れている精神科医のアルフレード・アンコラとニコレッタ・サルヴィ、フランチェスコ・コロジモが登壇した。研修の冒頭は「トランスカルチャー精神医学への誘い」と題された講義となり、3名が自由に入れ替わりながら研修の目的などについて述べた。その後、この3名が順番に講義をするかたちとなった。

最初の登壇者は、精神科医のニコレッタ・サルヴィであった。サルヴィは、精神保健分野における国際協力活動に積極的に参加し、民族精神医学⁵⁹の理論を構築したことで知られるジョルジュ・ドゥヴルーの著書「相補主義的民族精神医学」（1985）の翻訳者でもある。彼女は、精神保健従事者のカルチャーショックについて講義を行った。

サルヴィによれば、移民と接するなかでカルチャーショックを受けた精神保健従事者は、自分の能力に限界を感じて、アイデンティティーが揺らぐほどの戸惑いや混乱を経験し、家に帰ると無力感を覚える。カルチャーショックに善し悪しはなく、それは、ひとつの反応であるので、自分をよりよく知る方法として捉えなおすことができるというのが、彼女の講義の主旨である。移民との出会いをとおして、自分達の文化をより深く知るこ

とができるようになると、自分が持つ偏見が明らかになり、それは自分自身の成長に繋がっていくというサルヴィは、偏見を活かして欲しいと研修会の参加者達に呼びかけた。サルヴィは講義をとおして、自身の偏見に気付けば、自己の視点を反転させ他者の視点に価値を見出せるようになると繰り返したのであるが、これは、人類学者のロサルドのような自己の異化を経験することを促す内容だったといえる。

続いて登壇した精神科医で家族療法家でもあるアンコラは、移民のグループ療法にも長年携わり複数の著作もある。彼は、「外国人との関係をいかに構築するのか」という題目で、講義を行った。

アンコラがミラノでシステミック学派の家族療法を学んだ時、診断や治療の場面で、一つの文脈（治療思想）から滑り落ちたり、他の文脈に「汚染」されたりしてはならないと教わったという。だが、アンコラは、移民の精神障害者と出会うときには、そのような方針にとらわれるべきではないと断言した。臨床家は、移民の文脈でも働かねばならないため、ひとつの治療体系だけに基づく「単線的なアプローチ」はできないとして、アンコラは、複数の治療体系を用いることで生じる「無秩序」を受け入れるよう提案したのちに、次の様な問いかけをした。

第一の問いは「治療関係をこれほどまでに特別なものにするのは何か？何が、ほかのあらゆる一般的な関係とは非常に異なっているのか？外国人の患者との治療関係である場合は、何がことさら異なってくるのか？」であった。アンコラは、治療関係では患者はもとより、臨床家も自分自身を見つめ直すことになるからこそ、それは特別であり、他の関係とは大きく異なってくる、と論じた。そして、臨床家が文化的に隔たりのある移民と出会うとき、西洋的な思考のまま移民と向き合うことはできないため、臨床家は、「本物の思考」や「本物ではない思考」という捉え方を止めるべきなのだと、アンコラは説いた。

第二の問いは、「それぞれ異なる世界に属する二人の人間が関係するということは、何を意味するのか？」であった。難民審査委員会で必要とされる診断書を書く場合、臨床家は、難民にたいして西洋的なカテゴリー（鬱や統合失調症など）を用いざるをえないうえ、移民の患者にたいして、強制移民、非正規滞在者、経済移民、不法移民といった何らかの属性を与えようとしがちであることを、アンコラは指摘した。移民を何らかの形で分類することは移民にとって好ましくないだけでなく、人間関係の構築には繋がらないのだとするアンコラは、異なる世界に属する二人の人間が関係するということは、互いに「私に触れるな」ということを意味する

のだと主張した。この議論は、人類学者のクラパンザーノが展開した理解の不可能性に関する議論につうじるものだと筆者には思われた。

最後に登壇したのは、精神科医のコロジモであった。社会的周縁者・移民・貧困者を治療対象とした医学の修士号も持ち、難民収容所の職員の育成講座で講師を務める事も多い彼は、「正常・異常」というテーマを取り上げた。移民との出会いとは、「私たちの外を見ることであるとともに、私たちの中を見ることでもある」と切り出したコロジモは、移民との出会いのなかで、臨床家が「正常化を試みる」ことはリスクとなりうるので、注意が必要だという指摘をした。コロジモによれば、臨床家は、正常と異常という二元的な見方で物事を捉えがちで、例えば、特定の心のありかたを「正常化」すれば、移民の不安を軽減できると考える。だが、臨床家が言う「正常」というのは、西洋における「正常」でしかないため、移民の精神障害者の場合、従来の「正常」という概念を手放し、どの文脈で患者を「正常」にするべきなのかを考える必要があるのだと説いた。この講義は、英国の精神科医であるリトルウッドとリップセッジ (Littlewood & Lipsedge 1997:189-217) やフランスの精神分析家ドゥヴェルー (Devereux 2007[1973]:23-93) による精神保健での「正常・異常」に関する議論を踏襲した内容であったといえる。

講義が終わり、ディスカッションの時間となると、参加者からは次の様な好意的なコメントが寄せられた。

「ポストモダンのであり、“弱い思考”⁶⁰を彷彿とさせる哲学的な議論だった。マウリツィオ・フェッラーリス⁶¹の議論などが思い出される。」

「ショックとは主観的なもので、(自分の視座と相手の視座の) 強烈な衝突である。自分の偏見を認識することなくして、ショックはない。」

「こうした通文化的アプローチは、イタリア人の患者にも応用するべきだ。」

最後のコメントをうけて、講師陣は、通文化的なアプローチはニッチ的なものになるべきではなく、むしろ今後の精神医療の方向性を示すものになるべきであると力説した。参加者たちとの意見交換を経て三名の精神科医たちが導き出したのは、「米国や英国の精神医療は大変西洋的」で思考の一貫性を追求するが、イタリアでは「思考の不安定性、思考の位置づけなおし」を目指すべきだという結論であった。

ここまで、ラツィオ州で講じられた難民のための精神保健サービス向上を目的とした、「保健事業 FARI 2」の概要を述べ、事業の一環で開催された、精神科医と心理士のための研修会の様子を叙述した。非正規滞在者のための保健制度に関する講義は、事例を多く引用した、実践的な内容だった。一方、異文化圏の移民の治療をどうすすめるのかについての講義は、思想的な内容であったことが特徴的だったといえる。これは、筆者が知る限り、イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスを提供しようとする臨床家たちの、特徴の一つだといえる。彼らの多くが、移民の文化的特性や個々の特異性を取り扱おうとするとき、いくつかの思想を参考にしているのである。具体的にどのような思想が参考にされているのかについては、第3章と第4章で詳しく紹介するため、ここでは取り上げない。引き続き、研究参加者である精神科医や心理士たちが、どのような文脈で移民と出会っているのかを示すため、彼らが、医療機関外のどのような場所で移民と面談を行っているのかをみていくことにしよう。

2.5 医療機関外での面談の場

筆者が出会った臨床家たちは、移民との面談を、主に次のような場所で行っていた。まず、公共の医療機関や、特定の学派の心理療法を行う財団の施設が挙げられる。第二に、NPOの施設が挙げられ、この場合、殆どの臨床家はボランティアとして面談を行う。第三に、自宅の一室や賃貸物件の一室が挙げられる。このような場所で面談を行うのは、個人のクリニックを運営している心理士だけでない。公共医療機関で精神科医として働きながら、精神分析やサンドセラピーなどを個人的に行う者も少なくないのである。そこで、本節では、特定の学派の心理療法を行う財団や、NPOがその施設内に設置する面談室と、臨床家たちが個人的に設けている面談室を紹介していくことにする。なお、公共医療機関の面談室は、次の様な理由から記述の対象外とした。まず、地域精神保健局に代表される公共医療機関の所在地は、通常、州政府主導で定められる。また、公共医療機関の面談室は、筆者が知る限り、構造的には、一般的な診察室と殆ど大差がない。このように公共医療機関は、個々の臨床家の意向を反映した面談の場とはなりにくいことから、記述の対象外としたことを断っておく。

財団・NPOの面談の場

特定の学派の心理療法を行う財団や、NPOが運営する施設などは、通常、街中にある。地下鉄の駅やバス停も近くにあり、交通の便がよく、分

かりやすい場所にあるといえる。ところが、最寄りの駅やバス停あるいは建物の所在地まで足を運んだあと、複雑な経路を辿らなければ面談室まで辿り着けないことが少なくない。これは、NPO や特定の学派の財団が設ける面談室が、所有する敷地内にある建物の一部や、改装されたアパートの内部に設置される場合が多いからである。

例えば、街中にある X 財団の施設は、地下鉄の駅から歩いて 10 分程度の幹線道路沿いにある。1970 年後半頃のものと思われる建物の 1 階には、複数の店舗が入っているが、オフィスビルではなく居住用のアパートである。以下、筆者が財団を訪れたとき、どのようにして面談室まで辿り着いたのかを記しておく。

硝子張りのエントランスの扉をくぐり、薄い灰色の大理石が床に貼られたホールに入ると、正面奥に、小さな硝子窓が填まった小部屋があり、そこには若いフィリピン人の門番が控えていた。筆者は門番に財団の場所を尋ねると、エレベーターにはのらず、階段をのぼるようにと指示された。門番の部屋の右手から階段ホールへ向かい、人とぎりぎり擦れ違えることができるほどの幅しかない大理石張りの階段をのぼりきると、目の前に、網入りガラスが 6 枚嵌められたオリーブグリーン色の鉄扉が現れた。ノブの上部には財団のロゴと財団名が印刷された白い貼り紙があり、黒い矢印の下に「直進して、右手の扉」と書かれてあった。真鍮製と思われる冷たい取っ手を押し下げ、扉を開けてなかに入ると、貼り紙のとおり、右手には、針金で固定して開け放しにしてある別の鉄扉があった。その鉄扉をぬけると、前方の左手奥に、財団のエントランスとなる、赤みがかかった色をした木製の扉が現れた。インターフォンをおして扉を開けてもらおうと、エントランス正面に設置されているガラス壁の向こう側に待合室があった。そして、複数設けられている面談室は、エントランスの右手にある廊下の奥に並んでいた。

面談室は、いずれも、日当たりがよく、落ち着いた雰囲気のある部屋であった。例えば、ベランダに面した窓から陽の光がふんだんに差し込む面談室には、窓の傍にアンティーク調の机が置かれ、その背後には、机と同じ様式の作り付けの書棚があった。机の前後には、オリーブグリーン色の革が背面と座面に貼られた椅子が一脚ずつ置かれているほか、窓とは反対の壁側には、小机と一人がけのソファが一对設置され、こちらでも面談ができるようになっていた。白い壁面には油彩の絵画が飾られ、床にはゴブラン織りと思われるカーペットが敷かれており、個人宅の書斎か応接室のような空間であった（写真 2.5）。



写真 2.5 X財団の面談室

(2017年11月筆者撮影)

一方、キリスト教系のNPOであるY協会が運営する医療施設は、X財団とは対照的な面談室を設けており、また、そこに辿り着くまでの経路がまさに迷路のようであった。そこで、次に、その医療機関でボランティアとして働いている心理士をインタビューするために、筆者が、同NPOを訪問した際の様子も紹介しておくことにする。

Y協会の医療施設は、鉄道の駅からも近い、Y協会が所有する広い敷地のなかにあった。歩道沿いに60メートルほど張り巡らされている塀には複数の門扉があったが、筆者は、Y協会の所在地として登録されている9番地の門扉をくぐった。しかし、門扉近くにいた男性に医療施設への道順を尋ねたところ、医療施設に行くのであれば11番地の門扉から入ってくれと言われたため、歩道に戻ることになった。20メートルほど歩くと、11番地の門扉が見つかったため、筆者は中に入り、目の前にある鉄筋コンクリート造と思われる4階建ての建物のレセプションにいた男性に道順を再度尋ねた。すると、医療施設は分かり難い場所にあるということで、通りがかった職員である60代後半と思われる男性が案内してくれることになった。

筆者は、先導する男性について、レセプションの奥にある南に面した扉から外に出た。既に日が暮れていて暗かったのだが、正面に3棟、左右に1棟ずつ建造物が並んでいるのが確認できた。案内の男性は、左手奥にある「歯科」と書かれた看板のある建物に向かい、中に入っていった。筆者が男性の後に続き、エントランスから真っ直ぐに伸びる廊下を進むと、つきあたりに30平米ほどの空間が現れた。左手に窓があり、右手奥の片隅には大きめのソファと本棚が設置されているだけの、がらんとした部屋である。男性はさらに、その部屋を横切り、右手奥のドアを抜けると、先程よりも少し小さな部屋に入った。様々な道具類やダンボール箱が壁面に沿って雑然と置かれている部屋の中央では、テーブルを囲んで数名の職員がミーティングをしている最中であった。ここまで来てようやく筆者はインタビューをする心理士と出会え、案内をしてくれた男性に礼を言って別れた。

心理士は、筆者をその部屋の左手に案内し、天井まで寸足らずのベニヤ板で仕切られた空間へと招き入れた。それが、その医療機関の面談室であった。横に細長いスペースには、灰色の事務机が二台、左右に向き合うようにして置かれていた。それぞれの事務机の後ろには、スチール製の書棚が設置されており、備え付けの椅子はキャスターつきのオフィスチェアであった。この空間は完全に仕切られていないため、当然ながら、隣室の職員たちの話が筒抜けであった。

筆者が見た限りでいえば、移民の支援に特化した財団やNPOが設ける面談室は、このように雑然とした造りの空間が多かった。X財団の、部屋として作り込まれている面談室は、むしろ例外といえる。ところが、臨床家らが個別に面談を行っている部屋をみると、当然ながら、各人趣向を凝らした設えとなっている。そこで、次に、臨床家らが個人的に設けている面談室をみていくことにしよう。

臨床家らが個別に設ける面談の場

筆者は20名の臨床家らの自宅やクリニックを訪れた。うち12名が、複数の部屋があるアパートを数人の同僚とともに借りて、個人クリニックとして運営していた。こうした面談室は、概ね、交通の便の良い街中ではなく、中心街から若干離れた住宅街に設けられていた。例えば、写真2.2の建物は、庶民的な地区の一般的な居住用のアパートで、こうした面談室を訪れる者は、クリニックに行くというよりも、友人や知人を訪ねるような気分になると思われる。一方、写真2.3は郊外の緑の多い閑静な住宅地

にあるアパートの面談室を訪れた際に撮影したもので、心理士との約束の時間より早く到着した筆者は、アパートに面した、生け垣の花と木漏れ日が美しい通りをゆっくりと散歩して、時間を潰したことを覚えている。

一般的な居住用建物のなかに設けられた面談室には、通常、受付などはないため、訪れる者は玄関ホールに据えられたソファや椅子に座り、診察時間までの時間を過ごすことになる。面談室のインテリアといえば、それぞれの臨床家の好みの色調や調度でまとめられていたのだが、家具類のレイアウトには共通点が多かった。窓際の机の前後に一脚ずつ椅子を置き、それとは別にソファが一对、小机とともに設置されているというのが、典型的なレイアウトで、前出の X 財団の面談室と全く同じである。



写真 2.2 面談室が設けられたアパート
(2017年7月筆者撮影)



写真 2.3 面談室が設けられたアパートに面した通り
(2017年7月筆者撮影)

自宅の一室を改装し、面談室として使用している者もいた。この場合、街中であることもあれば、郊外の住宅地ということもあった。個人宅なので、玄関ホールから面談室へ廊下伝いに行けることが望ましいと思われるのだが、なかには、リビングを抜けないと辿り着けないような面談室もあった。家具類のレイアウトは、前出のものと変わらないが、自宅ということもあり、代々使われてきたと思われる家具類や骨董品の類も用いられており、豪奢といえるような面談室もあった。

さらに、アパートを一室一人で借りている者、あるいはクリニック専用のアパートを所有している者もいた。なかでも興味深かったのは、とある家族療法家が所有する、クリニックとして改築されたアパートであった。街中の非常に交通の便がよいアパートの1階にあるそのクリニックの内装には、大理石やマホガニーのような建材がふんだんに使われ、重厚感があった。応接室を転用したと思われる広い面談室の窓にはドレープがたっぷりとられたレースのカーテンがさがり、大理石の像や複数の油彩画が掛けられていた。また、その隣には、小振りのマジックミラーが填まった、大人4、5名がゆっくりと入れる観察室が設けられていた。

このように、臨床家たち個人の面談室は、場所も面談室の設えも様々で、各人の個性が反映されたものとなっていた。どの面談室も、臨床家が

暮らすアパートの一室のような空間になっているため、面談に訪れる者は、患者として面談室に迎え入れられるというよりも、訪問客として客間に迎え入れられている、という感覚を抱くのではなかろうか。イタリアでは、グループホームに住まう精神障害者は、客人を意味するオスピテ（ospite）と呼ばれるのであるが、臨床家たち個人の面談室のしつらえを見る限り、面談の場でも、精神障害者は臨床家の客人として扱われているように思われる。

本章では、移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる臨床家たちが、どのようにして移民と出会い、精神保健サービスを提供しているのかを、五つの異なる文脈からみてきた。長年移民送りだし国であったイタリアの臨床家たちは、近年、イタリアに流入する文化的に多様で移動性の高い移民にたいして、万全とは言えない受け入れ制度のもと、医療機関のみならず客間のようなしつらえの個人のクリニックでも、精神保健サービスを提供している。昨今、州政府主導で研修などをおして臨床家たちを支援しようとする動きがみられるが、入院治療がほぼできない地域精神保健制度そのものが、重篤な精神障害という難民などに多くみられる他者性への配慮を難しくしているといった状況もある。そうしたなか、移民の精神保健を専門とするイタリアの臨床家たちは、移民にたいして健康の権利を保障するためだけに、移民の他者性に配慮した精神保健サービスを提供しようとしているのではなかった。彼らにとって、移民の他者性に注目するということは、臨床家として業績をあげたり、自分の所属する団体・学派の運営を支えたりするための手段でもあった。

研究の対象となった臨床家たちは、イタリアの精神保健分野では少数派であるにもかかわらず、団結することなく、互いに競争しながら、各都市、各団体・学派で、移民の他者性の適切な取り扱いかたを模索している。このことを念頭におきながら、次章から、彼らの他者性の取り扱いにまつわる省察を検討していくことにしたい。まず取り上げるのは、文献研究の結果である。臨床家たちを対象とした研修会での議論が示唆していたように、移民の精神障害者の文化的特性や特異性に興味を持つ臨床家らには、特定の思想を臨床の現場で参考にする傾向が強くみられる。そこで、第3章と第4章では、彼らの間で広く参考にされている思想と、その思想についての臨床家たちの論考をみていくことにしよう。

第二部 移民の他者性を取り扱ううえで有用となりえる指針

移民大国である米国やカナダ、あるいは1950年頃から旧植民地から多くの移民を受け入れているフランスや英国とは異なり、1981年になってから移民送り出し国から移民受け入れ国に転じたと認識されるようになったイタリアでは、移民にたいする精神保健のノウハウが十分に蓄積されていないという認識が、臨床家らの間である。そこで、移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みるイタリアの臨床家らは、移民大国で移民の精神保健を専門とする精神科医や心理士らの著作や、伝統医療や呪術、治療儀礼をとりあげた民族誌を「参考書」として読んでいる。なかでも、移民の増加が顕著となった1980年代末から、異文化圏の心の病いに関心を持つ先駆的な臨床家たちは、こうした「参考書」で提唱されている思想・概念をとりあげ、自らの臨床での経験を踏まえて議論を展開している。

筆者は、研究に参加した臨床家たちに、何を「参考書」としているのかを尋ねたところ、ナポリ生まれでイタリア南部の治療儀礼の研究で知られる民族誌家エルネスト・デ・マルティーノと、エジプト生まれでフランスに帰化し、移民を対象とした心理療法に特化した機関を創立した精神分析家・心理士であるトビ・ナタンによる著作が多く挙げられた。両者には次の様な二つの共通点がある。第一に、デ・マルティーノは、イタリア北部や中部とは文化的に異質なイタリア南部の出身であり、ナタンはフランスの移民ということで、両者とも母国のなかの「他者」といえる。さらに、デ・マルティーノもナタンも、専門とする研究分野のありかたに疑問を抱き、改革を図っている。移民の文化的特性や特異性の解釈を試みるなか、従来の精神保健に限界を覚えその改革を模索する臨床家にとって、「他者」の視点から西洋近代的な思想の見直しを試みたといえるデ・マルティーノとナタンの議論は、非常に示唆に富んだものとなっているのである。

デ・マルティーノもナタンも、他者と向き合うことは、自らの文化的特性や特異性を認識することだと考える。例えば、デ・マルティーノは、他者性の解釈を図る上で、他者の歴史のみならず、自分自身の歴史も考慮する重要性を説いている。一方、人の心のありかたが多様であるように、その病いに関する理論も多様であると考えるナタンは、従来の心理療法の西洋的な世界観の見直しを促す、あらゆる治療体系を採り入れた多国籍のグループ・セッションを提唱している。こうした思想を参考にしているということは、移民の他者性を解釈しようとするイタリアの臨床家たちは、文

化的に多様で移動性も高い移民にも適切なサービスを提供するという難しい課題の解決の糸口を、クリフォードをはじめとする人類学者たちが指摘していたように（そして前章でとりあげた研修会の講師等が勧めていたように）、自分自身を見つめ直すことで見出そうとしているのだと考えられる。

そこで、第二部では、デ・マルティーノとトビ・ナタンによる著作と、その著作のなかで提出されている概念をとりあげたイタリアの臨床家らによる論考を検討していく。そうすることで、移民の他者性の解釈を図るイタリアの臨床家たちが、自分自身を見つめ直しながら、デ・マルティーノとナタンの思想から導出するどのような指針に基づきつつ、移民の文化的特性や特異性を取り扱おうとしているのかを、詳らかにしていきたい。

第3章 移民の他者性の解釈を試みるとき

民族誌家エルネスト・デ・マルティーノの思想を参考にする臨床家らによる論考の検討

前章で、国内移住が盛んな地域として取り上げたイタリア南部は、16世紀からイエズス会士らにより「イタリアのインド」(Novati e Renier 1911:185, Courier 1910:67)と呼ばれていた。近代化が進んでいるイタリア北部や中部とは異なり、全般的に、人類学者の研究対象となるような伝統的な治療儀礼や呪術⁶²が根強く残っているのである。イタリア南部は、イタリア国内でありながら、まるで異国であるかのように位置づけられている。イタリア南部人は、イタリア人でありながら、北部や中部の人々から「他者」として認識され、北部や中部に移住した南部人自身も、自らの異質性をふまえて「私は移民だ」と言う。これは、イタリアの精神科医や心理士たちは、移民の他者性を適切に取り扱ううえで有用となりえる指針を得ようとするとき、国外だけでなく国内の研究も参考にできるということを意味する。

そうしたなか、イタリアで移民の他者性に注目する臨床家たちの間で、最も参考にされているイタリア南部の治療儀礼の研究者といえば、イタリア南部の都市ナポリに生まれたエルネスト・デ・マルティーノ(1908-1965)である。デ・マルティーノは民族学と宗教史学の専門家で、ベネデット・クローチェに哲学を学んだという経歴もあるが、精神科医でも心理士でもあったわけではない。それにもかかわらず、精神科医であり現象学的精神医学をイタリアに紹介したことで知られるブルーノ・カッリエーリ(1923-2012)は、「精神病理学の臨床家にとってのエルネスト・デ・マルティーノの重要性は、現在でも十分に高く、むしろ益々増しているようである」(Mellina 2013:186)と評している。彼がイタリアの精神保健分野全般において高く評価されているのは、心の病いとその治療についての概念を数多く提出し精神医療に貢献した、という認識が共有されているからなのである。そこで、本章では、移民の文化的差異や特異性の解釈を試みるイタリアの臨床家らが、デ・マルティーノの思想から、どのような指針を導出しているのかを詳らかにしていきたい。

本章の構成は次の通りである。まず第1節では、デ・マルティーノの研究者としての側面と、彼の根幹となる思想を紹介する。第2節から第4節では、彼が提出した概念である「現在意識」、「脱歴史化」、「民族誌的出会い」を順次紹介しながら、移民の他者性の解釈を図る臨床家らが、そ

それぞれの概念をどのように解釈し、臨床と結び付けようとしているのかについて叙述する。最終節では、イタリアの臨床家らは、移民の他者性の解釈を試みる時、自分自身を見つめ直すことが必要である事を、デ・マルティーノの思想から学んでいるということを描き出していきたい。

3.1 デ・マルティーノの歴史主義的民族学

デ・マルティーノは、イタリアと翻訳本が出版されているフランス以外ではあまり知られていない。そこで、本節では彼の人となりを紹介するため、研究者としての略歴とその思想の概要を述べておく。

1908年にナポリで生まれたエルネスト・デ・マルティーノは、ナポリ大学でキリスト教史を専門としていたアドルフォ・オモデーオのもとで学ぶかたわら、哲学者・歴史家であるベネデット・クローチェ（1866-1952）の薫陶を受けた。ベネデット・クローチェといえば、従来の歴史主義における相対主義的な側面の克服を図るため、新たな歴史主義である「絶対的歴史主義」を提唱したことで知られている。北原（2002）は、クローチェの絶対的歴史主義を次のように捉えている。「あらゆる物事を歴史過程の諸関係のなかでよみとるということで、歴史は進歩と発展の経過を表して、歴史を知るということは、そこに作用している人間の精神と行為を理解することであり、そして歴史を知り、歴史的な理解を持つことこそ現代を理解する最良の方法である、という考え」（北原2002:383）である。

クローチェによる絶対的歴史主義の「あらゆる物事を歴史過程の諸関係のなかでよみとる」という側面を評価したデ・マルティーノは、歴史主義的な姿勢を取り入れた歴史主義的民族学を提唱し、『呪術的世界』

（1948）と題した、非西洋的ないわゆる「未開社会」の民族誌研究を発表した。そこには、当時の民族学的研究のありかたを変えようという狙いがあったといえる。

第一に、デ・マルティーノは、歴史主義的な方法論を用いることで、人間の精神と行為の解釈を図り、有機的かつ多様な人間の営為を探究しようとした。デ・マルティーノは、当時の「民族学的研究は、概して、自然主義的に、すなわち実質、自然科学的な理論を拠り所として行われている」

（de Martino 1997[1941]:53）と批判していた。そうしたアプローチには、「（研究の）対象に対して、その作者性、行為者性のあらゆる可能性を否定するという意味において、対象の人間性を奪う傾向」

（Saunders 1993:877）がある、と考えていたのである。

第二に、デ・マルティーノは、歴史主義的な方法論をとおして、民族学の自民族中心主義的な視座の転換を図ろうとした。デ・マルティーノにとって、「民族学は西洋文明の歴史を照らし出（し）」、「私たちのありかたと私たちのあるべき姿を拡大させ自覚させることに寄与する」べきものであった（de Martino 1997 [1941]:231）。つまり彼が、歴史主義的民族学にこだわったのは、研究対象である他者を適切に解釈することで「自己自身を革命し」、「自らを鼓舞し駆動し前進させ」るためであった（de Martino 2015[1948]:4=1988:6）。

この後、マルクス主義に影響を受けたデ・マルティーノは、1950年にイタリア共産党に入党し政治活動を始めると、国内の「他者」であるイタリア南部のサバルタンに目を向けることとなる⁶³。前述のとおり、イタリア南部は、16世紀から「イタリアのインド」とイエズス会士たちに呼ばれ、治療儀礼や呪術の伝統が残る文化的に異質な地域である（Courier 1910:67, Novati e Renier 1911:185）。そして、現代のイタリア南部は、近代化し経済的発展を遂げたイタリア北部や中部とは対照的に、貧困に喘ぐ人々が多く暮らす。デ・マルティーノはこうした土地でフィールドワークを行い、ルカーニアでの調査からは、『古代世界での死と儀礼的慟哭』（1958）と『南部と呪術』（1959）が、プーリアのタランティズモ研究からは『後悔の地（再度咬まれた地）』（1961）がそれぞれ成果として出版された。こうしたデ・マルティーノによる南イタリア研究を、民族学者ヴィットリオ・ランテルナーリは次のように評している。

片田舎の貧しい南部のフォークロアを調査するにあたり、彼の目的は、歴史的、社会的、経済的な根源のなかに、呪術やタランティズモ、儀礼的慟哭といった古風なものなぜ存続するのかを理解すること、そして、歴史主義的な基盤のうえに、その“文化的貧困”の責任者である、支配的なブルジョワ文化の自己批判の原理を打ち立てることにあつた（Lanternari 2006:169）。

デ・マルティーノは、近代的な西洋の危機を痛感していた。彼は、当時の知識層に広く見受けられた「自然主義と技術主義は、私たちにとって致命的な危険となる」（de Martino 1962:91）と考えていたのである。なぜなら、いずれも「人間を事物の世界の中に見失わせ、その自己回帰、自己所有、自然を超えた境界としての自己発見という、これら全ての活動的なエートスとしての西洋的人間性を基礎付けているものを損なわせる」

(ibid.) からである。そこで彼は、他者の歴史主義的な解釈を試みる民族学を用い、自らの文化を批判的に再検討することで危機を回避しようとしたのである。

ここまで、デ・マルティーノが常に、いわゆる「未開人」やサバルタンといった他者の理解を意識してきたことをみてきた。次節からは、こうした問題意識を持ったデ・マルティーノが提起した三つの概念が、移民の文化的特性や特異性を適切に解釈したいと考える臨床家たちによって、どのように解釈され、どのように臨床と結び付けられようとしているのかを検討していくことにする。

3.2 「現在意識」

本節では、まず、デ・マルティーノの思想の根幹的概念ともいえる「現在意識」を紹介する。前出の民族誌研究『呪術的世界』において「未開人」の精神状態の分析に用いられたこの概念を、臨床家がどのように解釈し、どう臨床と関連付けようとしているのかをみていくことにしよう。

現在意識 (presenza) とは、概ね「現存在」(Dasein)、「私が世界に居る」という意味である。だが、人類学者のアマーリア・シニョレリは、マルティン・ハイデガーとデ・マルティーノの間には次のような相違点があると指摘する。ハイデガーによれば「世界に居る」ということは、投げ入れられている世界に備わるポテンシャルを活用することであるが、それは必ずしも世界の設計や実現を意味しない。一方、デ・マルティーノにとっては、既に与えられている一つの「現実的な文化的世界」に自覚的に参加すること、あるいは「現実的な文化的諸世界へ移行」することを意味する (Signorelli 2015:68-69)。つまり、現在意識は、投げ入れられた世界に留まるのではなく、自身にとってより「現実的な」世界を企図し移動していくのである。

さらに、近代西洋世界では「すでに決定付けられ保障されている」(de Martino 2015 [1948]:76) 「私が世界に居る」というあり方は、呪術的・神話的・原始的世界では与件ではないと、デ・マルティーノは主張する。「現在意識はいまだ、自己と世界を決定付ける作業に従事している」ため、「現在意識をその前に立ち現れているものから分け隔てている境界」を見失う危険に常に晒されているというのである (de Martino 2015 [1948]:118-119)。

デ・マルティーノは、そうした精神状態は、「北極圏および亜北極圏シベリア、北米、メラネシアを含む広域において観察された」(de

Martino 2015 [1948]:70) とし、その一例として英領マラヤの行政官であったクリフォード卿 (1898) によるラターの描写を引用している。クリフォード卿によれば、ラターの症状を呈する人は、興奮したり何かに驚いたりすると、「その人特有の人格の統一性および自我の自律性を失い、したがって動作のコントロールを失う」(Clifford 1898:189 in de Martino 2015[1948]:70)。これは例えば、人が「木の葉がさらさらと音を立てるのを聞いたり見たりするかわりに、(人が) 風に木の葉が揺れる一本の樹木となる」ことだとデ・マルティーノは述べている。こうした時、「現在意識が補償もなく自己放棄(し)」、その現在意識は、現在意識の前に立ち現れている世界との「無差別の融即」⁶⁴に至る、と論じる。彼は、これは「現在意識の危機」なのだと説いた (de Martino 2015[1948]:72-3)。

デ・マルティーノによれば、現在意識はそうした危機に甘んじるのではなく、抵抗する。彼が参照するのは、ロシアのユカギール族の次の様な事例である。ひとりのコサックにラター状態に陥らされ、彼の後をついて走ることを強要された老婆は、「もうやめて！」と叫び声をあげながら、なんとか立ち止まろうとしていたという (Jochelson 1926:36 in de Martino [1948] 2015:73)。この事例にもとづき、デ・マルティーノは、現在意識には、救済を求める側面があると主張する。現在意識は「明確な文化的諸形式の創造を通じて自己救済の課題に取り組む」というのである (de Martino [1948] 2015:74)。

デ・マルティーノがそうした救済策の一つだと考えているのが、彼が「文化的制度」と呼ぶ、「もうひとりの自我」の創出である。デ・マルティーノは、宣教師であり民族学者だったコドリントン (1891) による報告を引用し、メラネシアのモタ島原住民の「アタイ」を例に挙げる。「アタイ」とは、当人にとって神聖かつ密接なつながりのあるもので、それはその人自身の人格が反映されたものと信じられている。モタ島では、本人と「そのアタイはともに活躍し、苦しみ、生き、そして死ぬ」として、「アタイ」は「第二の自我」と見なされているのである (Codrington 1891:250 in de Martino 2015 [1948]:77)。

この「アタイ」を、デ・マルティーノは次のように分析する。モタの人々は、脅威となるような対象を「もうひとりの自我として体験し、表象し、これとの間に統制のとれた永続的關係を確立する」。そうすることで、その現在意識は、「もうひとりの自我のうちに自らを定着させるか位置づけることにより、引き留められ、取り戻され」救済が叶う、というの

である (de Martino 2015 [1948]:78-9)。つまり、呪術的世界における現在意識とは、その解体 (危機) と、文化的制度を通じた異質なものの取り込みを伴う、その再統一 (救済) から生じてくるものだというのが、デ・マルティーノの現存在解釈だといえる。

こうした現在意識の概念を参考にしながら、移民の精神的な危機の解釈を図ろうとする臨床家は数多い (例えば、Monti 2011; Rancie Rotondo 2009; Terricone et al. 2013)。精神科医のサルヴァトーレ・イングレーゼ (1954～) も、その一人である。イングレーゼは、移民とその家族を主な対象とした精神医療機関として知られる、パリ第八大学のジョルジュ・ドゥヴルー・センターと共同で、20年以上にわたって移民の精神保健に携わりながら研究を続けており、カタンザーロ大学の教壇にも立つ。彼は、「移動・移住を、歴史的・心理的脆弱性の一領域」 (Inglese 2002:175-6) と見なせるとして、そうした危機的状况において移民が覚える心理状態は、現在意識の危機として説明できると考えている (Inglese 2005:65)。

イングレーゼは、移動による「危機と変容、変化の経験」が、「自らのアイデンティティの連続性を肯定できる諸々の抛り所の探究を強いる」 (Inglese 2005:65) と主張する。「私が世界に居る」というあり方は、与件ではない。移住地という新しい世界に到着した移民は、故郷で暮らしていた時と同じように「世界に居る」ことができるとは限らず、現在意識 (アイデンティティ) を維持する必要に迫られる、というのである。そうした時、移民もラターのような症状を呈する危機に陥りうるとイングレーゼは考え、「移民が、自分自身と、他者の身体、精神、環境——そこには他者の文化的世界も含まれる——と混同すること」 (Inglese 2005:65) を避けるべきだと指摘する。彼の言う「他者」とは、「他者の文化的世界」との文言があるため、移民とは文化を異にするホスト市民を主に指しているといえる。したがって、ここで示唆されているのは、移民の場合、現在意識が「自己放棄」し「無差別の融即」に至れば、それがホスト市民の擬態に繋がるという危険性である。

また、現在意識が救済を求める時に用いるものだとデ・マルティーノが考える「文化的制度」は、移住地の文化と出身地の文化とのコンフリクトを経験する移民にも有効に働くとイングレーゼは述べる。それは、「信仰、神話、特定の儀礼をとおして---間主観的な社会的交流のなかで---個々人を存在させ、共存させうる文化的諸装置」であり、現在意識の危機から移民を救いだしうるというのである (Inglese 2010:34)。精神科

医であるイングレーゼは、信仰や呪術などの「文化的制度」の治療効果を認めているのである。

ここまで、呪術的世界における現在意識という概念をとりあげた。それは、現存在のように与件ではなく、常に喪失の危機にさらされているため、呪術など文化的制度をとおし、例えば、目の前に立ち現れる異質なものを「もうひとりの自我」として取り込むことで、危機からの自己救済を図るものであった。イングレーゼは、こうした呪術的世界の現在意識の危機を、移民が移住地の世界で経験しうる危機として再解釈するとともに、信仰などといった「文化的制度」を用いた救済策の有効性を認識していた。続いて紹介するのは、前出の著作『南部と呪術』で論じられた、同じく「文化的制度」を用いて現存在を救済する作業である「脱歴史化」である (de Martino 2018 [1959]:104-8)。

3.3 「脱歴史化」

「脱歴史化」とは、現在意識を、現在意識が生きている歴史の外に、一時的に移すことである。特徴的なのは、現在意識の危機を文化的に制御するものとして、儀礼が登場する点である。デ・マルティーノは次のように述べる。

儀礼で反復されるメタ歴史的モデルは、(中略)何らかの「否定的なもの」を言葉と仕種で顕示している。そしてその「否定的なもの」の始まりと終わり、その生起と崩壊がなぞられている。こうしたことで、起源と経過、結末が不明な歴史的な「否定的なもの」は、脱歴史化される (de Martino 2018 [1959]:104-5)。

現在意識が直面する、歴史的な危機である「否定的なもの」の起源と経過、結末は、不確定事項だが、一方、哀悼儀礼や死の儀礼などで再現・反復されるメタ歴史的な危機では、全てが決定付けられている。儀礼には、危機の生起と崩壊の具体化を通して、危機を制御する機能がある、というわけである⁶⁵。

この脱歴史化の概念に注目したのが、イタリアにおいて移民のための精神保健が語られる時、先駆的な臨床家として必ず名前の挙がる精神科医のミケーレ・リッソ (1927-1981) である (例えば、Attenasio 2005, Ancora 2006, Inglese [1994] 2010 等)。彼はイタリア北部ピエモンテ州の出身で、1953年に医大を卒業すると翌年スイスのベルナにわた

り、精神医学を学んだ。その後、スイス国内で精神科医として働き、1963年にイタリアに帰国するまで、スイスに移住した多くのイタリア南部人の治療にあたった。その際、デ・マルティーノがイタリア南部において行ったサバルタン研究を参考とし、アドバイスを仰ぐこともあったという（Mellina 2018）。こうした治療の成果をまとめたのが、ドイツ人の同僚であったボーカーとの共著となった『魔術の譚妄』⁶⁶（1964）である。同書では、南部イタリアで広く行われている呪術がその原因だとされる、心身的な諸症状を訴えた移民男性たちの事例が紹介されている（Risso e Böker 2000[1964]:93-125）。

リッソとボーカーによれば、イタリア南部人は、スイスでの雇用主の娘や妻などに恋愛感情を抱くのだが、それを認めることができない。だからこそ、そうした女性のことを始終意識するようになり体調を崩すと、呪いをかけられて「〈不吉にも〉繋がれている」（Risso e Böker 2000[1964]:131）と感じるようになるのだという。リッソとボーカーは、イタリア南部人の移民が「文化的制度」である呪術をとおして、このような心の病いを克服する現象を、脱歴史化の図式に当て嵌めて解釈を試みている。恋愛感情を発端とする移民たちの不安感や身体的な症状は、スイスでの歴史的展開から取り出され、呪術の作用として具体化されることで、反対魔術の儀礼やお守りで「操作可能」（Risso e Böker 2000[1964]:146）になる、という主張がなされるのである。

このとき、リッソらは、脱歴史化の両義性を指摘している。「呪術の世界は、危難においての安全性と、実存の不吉な脅威からの保護を提供する一方で、苦悩の効果的な昇華を妨げる」ため、それは、移民が「自らの運命に身を任して挫折する」一因となりえる、というのである（Risso e Böker 2000[1964]:146-7）。ここで示唆されているのは、イタリア南部人の移民にとっての脱歴史化は、異国における「理に適った」生活の知恵でありえると同時に、彼らの精神的な成長を妨げ、サバルタンからの脱却を阻害しうる、ということであろう。リッソとボーカーは、両義的な脱歴史化という概念を用いることで、移民たちにとっての、「文化的制度」の両義性を示したともいえる。

ここまで、現在意識を一時的に歴史の外に移し危機を回避するという、脱歴史化の概念を見てきた。リッソらは、この概念をとおして移民が生ける歴史を一時的に逸脱することの意義を問うていた。次節では、そうした生ける歴史そのものに着目することを促す概念をみていくことにしよう。

3.4 「民族誌的出会い」

デ・マルティーノが歴史主義的民族学を提唱した背景には、西洋の危機を回避したいという思いがあったことは、先に述べたとおりである。西洋が他者をその歴史過程の諸関係のなかでよみとることで、自民族中心主義的な視座の転換を図り、自己自身に革命をもたらすことを彼は望んでいた。だからこそ、デ・マルティーノは長年、当時「未開」と呼ばれていたような社会の他者を研究の対象とし、民族誌を発表してきたといえる。そのような民族誌家として、彼は次のような警句を発している。

概して、民族誌家に対し、民族誌的諸事実を先入観なしに観察し、正確に記述するようにとの勧告がなされる。だが、このような勧告は、まさに当然のことであるため、これにより民族学的研究の基礎が与えられたとの思い込みがなされるとき、ほぼ何も述べていないのである（de Martino 2002[1977]:390）。

デ・マルティーノは、いわゆる先入観なしの観察というものが不可能であることを指摘している。民族誌家が彼にとって異質な文化的諸現象を観察するとき、「観察のための特別のカテゴリー⁶⁷によって観察行為が可能となるのであって、そうしたカテゴリーがなければ現象は観察不可能となる」というのである。また、こうした「特別のカテゴリー」を用いることは、「西洋文化の全歴史、その決定と選択、論争と区別の諸々を無自覚のうちに我が身のうちに引きずっていること」だとも述べる（de Martino 2002[1977]:390）。彼は、ここに次のようなパラドクスが生じると主張する。

こうして民族誌的出会い特有のパラドクスが現れる。観察すべき文化的諸現象を前に「生まれたままの姿」になると主張し、民族誌家は自らの文化の歴史を完全に度外視しようとするか（中略）直接的な自民族中心主義的検討の危険をコントロールする可能性もないまま自らをさらすことになる（de Martino 2002[1977]:391）。

他者を観察し記述しようとするれば、いわゆる西洋的なカテゴリーを用いるほかに、もしそうしたカテゴリーを用いないとすれば、観察そのものが不可能となる。そこでデ・マルティーノは、次のような方法を提案している。

このパラドクスの唯一の解消法とは、「自己」と「他者 (alieno)」の、二重の主題化としての民族誌的出会いという概念そのものに含まれている。(中略) この自己の歴史と他者の歴史の二重の主題化は、「自己」と「他者」が、人間であることの二つの歴史的可能性として出会うところである、あの普遍的に人間的な基底への到達を目指して遂行されるのである。したがって、その基底から出発すれば「私たち」も、民族誌的出会いにおける最初のスキャンダルにおいて私たちの面前にある、異質な人間性へと通じる道を探し当てうる。こうした意味で、民族誌的出会いは西洋人にとって可能な最も抜本的な自己反省の機会となる (de Martino 2002[1977]:391)。

ここでデ・マルティーノは、「他者」のみならず、「わたしたち」も歴史の地平から考察することを促している。「わたしたち」と「他者」の歴史を比較対照することで、両者にとって歴史的なあり方となる「基底」を見出せ、そこから「他者」の適切な解釈につながる道程を辿れるというのである。

デ・マルティーノが提唱するこのような民族誌的出会いが、移民の精神保健従事者にとって重要な概念であることを力説しているのは、精神科医ピエロ・コッポ (1940~2021) である。彼は、イタリア外務省から派遣された専門家として、長年、マリ共和国とグアテマラ共和国で精神保健プロジェクトに携わった後、ヴェネツィア・カ・フォスカリ大学で民族精神医学を教え、著作も非常に多い。コッポは、臨床家は患者と関係を構築するうえで、それが移民との関係であれば尚更、民族誌的出会いが必要だと考えている。彼は、「ほぼ半世紀前、ナポリ人の民族学者によって練り上げられたこの処方よりも優れた処方はない」(Coppo 2013:163)と述べたうえで、民族誌的出会いとしての臨床について次のように論じている。

私たちは、幾多の生成における特定の歴史が原因で、私たちが民族と文化、言語のうえで異なるようになった地点まで遡る必要がある。(中略) 民族誌は、私たちにとっては異質な、世界に居るあり方を描き出す。民族誌は、人が生んだ制度、および、その制度が発展する物質的そして非物質的環境と、制度との繋がり複雑性を、私たちが継承してきたモデルがする以上に、よりよく考慮する。そして、そのモデルから、

19世紀と20世紀以来、その研究対象たる心理学的主題とともに、精神の学問が構築されてきたのである。他者との相互理解を望むならば、精神を宿す・想像するために必要な、概して人間的な最小公分母を、私たちは見出さねばならない（Coppo 2013:163-4）。

精神医療の文脈からなされた民族誌的出会いの再解釈であるこの引用では、次の点に注目したい。まず、民族誌と精神医学の比較がなされている。民族誌が、人が生んだ制度とそれが発展する環境との関係を十分考慮しつつ、他者特有の、「世界に居るあり方」を描写するのに対して、精神医学では同様の試みが為されていないとされている。これは、概して精神医学では、社会・歴史的側面からの他者の解釈が十二分に試みられていないことを指摘するものであり、精神医学を専門とする者としての反省とも読み取れる。

また、他者を解釈するうえで、自己と他者が出会う「基底」への到達を目指すべきというデ・マルティーノの提案から、コッポはより具体的な方策を導き出しているといえる。コッポが見出そうとするのは、他者と自己の歴史の「最小公分母」なのであるから、ここでは、出会う他者によってデ・マルティーノのいう「基底」が変化しうることが示唆されている。「最小公分母」は、民族誌的出会いに先立って与えられているのではなく、臨床において、そのつど見出されるべきものなのである。

これまで「現在意識」、「脱歴史化」、「民族誌的出会い」という、デ・マルティーノが提出した三つの概念を紹介しながら、移民の他者性の解釈を試みる臨床家たちが、それらをどのように解釈し、臨床と関連付けているのかをみてきた。最終節では、デ・マルティーノの思想を汲み取った臨床家たちが、移民の文化的特性や特異性の解釈を図る上で有用となりうる、どのような指針を導出しているのかを論じていくことにする。

3.5 自分自身を知る

自民族中心主義的な風潮に西洋の危機を覚えていたデ・マルティーノが、「あらゆる物事を歴史過程の諸関係のなかでよみとる」という歴史主義的な他者の解釈をとおして、西洋人の自己自身の革命を目指したことは前述のとおりである。デ・マルティーノはまず、『呪術的世界』において「未開社会」の民族誌の研究を行い、非西洋人である他者の精神状態を現存在という観点から検討した。その後は、国内のサバルタンであり、「イ

タリアのインド」と呼ばれるほど非西洋的でもあるイタリア南部人の現存在を取り上げた。こうした研究から生まれたのが、「現在意識」、「脱歴史化」、「民族誌的出会い」という概念である。

デ・マルティーノは、現在意識とは「現実的な文化的世界」を希求するため、世界を企図し移動するものと捉えていた。それゆえ、投げ入れられた世界において現在意識が危機的状况に直面すると、現在意識は救済を求める側面を持つため、一時的に脱歴史化を図って呪術の世界に移動し、危機は文化的に制御されうる。ただし、呪術の世界では全てが決定付けられているため、この移動は、現在意識による世界の企図の放棄をも意味する。もしこの脱歴史化が繰り返されるようであれば、現在意識は、世界に自覚的に参加し、精神的に成長を遂げる機会を失うかもしれないのである。そこで、民族誌的出会いが、現在意識の救済を可能とする、別の選択肢として浮かび上がる。自己と他者の「基底」への到達を目指すというのは、間主観的に「現実的な文化的世界」を企図し、投げ入れられた世界を超越することだと解釈できる。このような現在意識には、よりよい世界を求めて異国に移住するものの、郷土の世界とのしがらみも断てず、自己と他者の二つの世界が出会いうる世界を模索せねばならない、移民の姿が見出せよう。だからこそ、移民の文化的特性や特異性といった他者性に注目する臨床家らは、デ・マルティーノが提出した三つの概念をとおして、移民の他者性の解釈を試みるうえで有用となる指針を導出できるのではないだろうか。

臨床家たちは、デ・マルティーノの思想から、他者である移民の他者性を「歴史過程の諸関係のなかで」解釈することを、第一の指針として導出しているといえる。例えば、イングレーゼは、移動・移住は「歴史・心理的脆弱性の一領域」であるとして、それが移民の心の病いの意味を評価するうえで重要な過程・経験である事を認識していたとともに、危機的状况に陥った移民の現存在が、擬態という融即に至る可能性があることを指摘していた。リッソは、イタリア南部人の移民が、呪術等で一時的にスイスでの歴史的展開から逸脱して心の病いを克服する一方で、それが彼らの精神的な成長を妨げ、サバルタンであり続ける一因にもなっている可能性を示唆していた。コッポは、他者との関係構築において、移民と臨床家が互いの歴史の比較を行い、両者の歴史における「最小公分母」を見出すことの必要性を説いていた。

さらに、臨床家たちは、精神医療の文化的特性に気付き、精神医療そのもののあり方を見直すことを、第二の指針として導出していると考えられ

る。イングレーゼは、常に解体の危険に晒されているというような、非西洋的な現存在のありかたも認め、リッソは、心身的な症状が儀礼やお守りで「操作可能」になるとして、信仰や呪術の「梃子的」⁶⁸な機能を評価していた。かたやコッポは、従来の精神医学をとおしての他者の解釈は不十分だとして、臨床家は、患者の歴史のみならず、自らの歴史をも再検討すべきだと考えていた。こうして、いずれの臨床家も、自然科学的であり、自民族中心主義的である精神医療を専門とする自分たちの限界を悟るようになっていたのである。

導出された二つの指針が示唆するのは、イタリアの臨床家らが移民の他者性の解釈を試みる時、移民の特性だけでなく、自分自身の特性にも目を向けることの必要性である。移民という他者と出会うとき、臨床家は、臨床家としての自分自身と、一人の人間としての自分自身を見つめ直さねばならない、ということである。臨床家らは、他者性の解釈を試みることは、自分自身を知る試みでもあることを、デ・マルティーノから学んでいるのだと考えられる。

本章では、民族誌家デ・マルティーノの思想と、移民の他者性の解釈を試みるイタリアの臨床家らによる、デ・マルティーノの思想に関する論考を検討してきた。そうすることで、臨床家らが、デ・マルティーノの思想から、移民の文化的特性や特異性の解釈を図るうえで有用となりえる二つの指針、つまり移民の他者性を「歴史過程の諸関係のなか」で解釈すること、そして、精神医療の文化的特性に気づき、精神医療そのもののあり方を見直すこと、という指針を導出していると論じた。

ところが、移民の文化的特性や特異性は、常に解釈が可能というわけではない。人類学者のクラパンザーノが、女精霊と結婚したという貧しい瓦職人のトゥハーミが語るころの、何が現実の出来事で、何が空想や夢であるのかを区別できなかつたことから、解釈を断念したことを思い出したい。では、解釈が難しい移民の他者性を考慮していかなければならない場合、イタリアの臨床家たちは何を拠り所とするのであろうか。そこで次章では、解釈が難しい他者性を取り扱ううえで、イタリアの臨床家らに有用な指針を与えうる議論を展開したトビ・ナタンの思想と、その思想に関するイタリアの臨床家らによる論考をみていくことにしよう。

第4章 移民の他者性の解釈が難しいとき

民族精神医学の提唱者トビ・ナタンの思想を参考にする臨床家らによる論考の検討

前章では、デ・マルティーノの思想と、それを参考にするイタリアの臨床家らの論考を検討することで、移民の他者性に配慮した精神保健サービスを提供しようとするイタリアの臨床家らが、文化的特性や特異性といった移民の他者性を、どのような指針に基づき解釈しようとしているのかをみてきた。彼らは、精神医療の文化的特性に気づき、精神医療そのもののあり方を見直しながら、移民の他者性を「歴史過程の諸関係のなかで」解釈しようとしているといえた。このような形で移民の他者性の解釈を試みるには、臨床家が各移民の文化について学ぶ時間を持ち、十二分に異文化コミュニケーションを図ることができるという前提が成立していなければならない。

ところが、イタリアの臨床家たちが置かれている文脈では、常にそのような前提は成立しない。第二章でみたとおり、近年、イタリアには、世界各地から移民がやってくるうえ、イタリアに定住するとは限らない難民も流入するようになった。臨床家たちが出会うのは、文化的に多様かつ移動性が高い移民なのである。したがって、例えば、移民が、臨床家にとっては全く未知の文化圏から来た難民で、第三国への移住を希望している場合、時間をかけて異文化コミュニケーションを図り、その他者性の解釈を試みるということは難しくなるのである。では、移民の他者性を解釈しようとするイタリアの精神科医や心理士らは、他者性の解釈自体が難しい場合、どのような指針に基づき、移民の他者性を取り扱おうとするのだろうか。

聞き取り調査の結果をふまえれば、移民の他者性の解釈が困難である場合、イタリアの臨床家たちは、フランスの精神分析家・心理士であるトビ・ナタンの思想を参考に行っているといえる。トビ・ナタンといえば、民族精神医学の実践者として知られている。民族精神医学とは、精神分析家であり民族誌家でもあったジョルジュ・ドゥヴルー（1908-1985）によって提唱され、その弟子であるトビ・ナタンが、民族精神医学を臨床医学として発展させ、パリ郊外で移民とその家族のための精神保健サービスを始めたことで、にわかに脚光を浴びるようになった。

トビ・ナタンの治療のセッティングは、「西洋的などのような療法のセッティングとも大きく異なる」（Losi 2010: 126）。その特異な点⁶⁹

は、西洋近代的な精神医療以外の、伝統医療に代表されるような移民の出身地で用いられる治療体系の有効性を認め、その治療体系について臨床家が専門的な知識をもたない場合でも、診断や治療の場面に採り入れていくことにある⁷⁰。ナタンが提唱した、移民の同胞を含む多国籍の共同治療者たちによるグループ・セッションにおいては、信仰や呪術も、有効な治療体系の一つとみなされるのである⁷¹。

イタリアでは、1990年代以来、ナタンの書籍が相次いで翻訳されるという現象がみられた。これは、西洋近代的な精神医療以外の治療体系の有効性を実際に認めるか否かはともかくとして、ナタンの民族精神医学に注目し、何らかの形で臨床に活かそうと考える臨床家たちがイタリアに存在するということである。そこで、本章では、ナタンの民族精神医学を紹介しながら、イタリアの臨床家らによるナタンの民族精神医学に関する論考を検討していく。そうすることで、移民の他者性に配慮しようとするイタリアの臨床家らが、ナタンの思想から、解釈が難しい移民の他者性を取り扱ううえで有用となりえる、どのような指針を導出しているといえるのかを論じていきたい。

本章の構成は以下の通りである。第1節ではトビ・ナタンの業績について簡単にまとめたのち、彼の民族精神医学において、移民の出身地で用いられている治療体系がどのように扱われるのかを概説する。第2節では、まず、ナタンがイタリアで注目を集めるようになった経緯を辿り、その後、移民の他者性を積極的に考慮しようとするイタリアの臨床家たちが、ナタンの民族精神医学を一つの思想潮流として捉え、どのような評価をしたのかをみていく。第3節では、ナタンの民族精神医学にのっとり、臨床家にとって異質な治療体系を採り入れたさいに生じうる危険と、その回避の方法となるグループ・セッションについて、イタリアの臨床家らがどのような議論をしているのかを紹介する。最終節では、イタリアの臨床家らは、解釈が難しい移民の他者性を取り扱うとき、そうした他者性を解らないものとして留め置くことも必要である事を、ナタンの思想から学んでいるということを指摘していきたい。

4.1 トビ・ナタンの民族精神医学

民族精神医学は、1960年代にクロード・レヴィ＝ストロースらの提案でフランスの高等研究院において講座が開講されたことにより、フランス国内で知られるようになった。ナタンはこの講座の受講生となったことから、民族精神医学の臨床家の道を歩み始めた。そこで、本節では、まず民

族精神医学講座の初代教授を務めたジョルジュ・ドゥヴルーを取り上げ、彼が提唱した相補主義的民族精神医学を概説したのち、ナタンがドゥヴルーの民族精神医学をどのように展開させ、移民の出身地の治療体系を心理療法の場に導入するようになったのかを検討していくことにする。

民族精神医学の創始者であるドゥヴルーは、1907年にハンガリー領（現在はルーマニア）ルゴジュのユダヤ人家庭に生まれた。ソルボンヌ大学に入学したドゥヴルーは⁷²、マルセル・モースのもとで民族学者としての研鑽を積み、1933年にはアメリカ先住民モハヴェ族の調査を行っている。その後、人類学者アルフレッド・クローバーの指導を受けながら「モハヴェ族の性生活」を研究テーマとした博士論文の執筆を開始し、同じく人類学者であるマーガレット・ミードの薫陶も受けている。さらに、研究テーマに関連するとして、精神分析に興味を抱いたドゥヴルーは、民族学に精神分析的手法を取り入れた民族学者ゲザ・ローハイムとも親交を深めるようになり（松葉 2016: 41-42）、ローハイムにならい「常に、純粋なフロイトの理論に立脚した立場を維持しながら、ドゥルケームとフロイトの可能な関連付けを模索した」（Portelli 2009: 85）のである。

そこから生まれてきたのが、ドゥヴルーの相補主義的民族精神医学である。彼はデンマークの理論物理学者であるニールス・ボーアの相補完性量子論に言及し、「ひとつの電子の位置と運動量を、同等の正確さで同時に限定（計測）することは不可能」（Devereux 1985[1972]=2014: 45）であるように、一つの現象の理解を試みる時、一つの言説では対象を捉えきれないことがあると主張した。例として挙げられるのが、オルガズムの自己観察である。もしオルガズムが十分に体験されたならば、意識がもうろうとし観察が正確ではなくなるが、反対に、意識を保とうとすれば、観察されるのは真のオルガズムではなくなる、というのである（*ibid.*）。

そこでドゥヴルーは、心理学的・精神分析的な説明（体験されたもの）と社会学・民族学的な説明（観察されたもの）を折衷的な方法ではなく、補い合う形で用いることを提唱した。彼は、「あらゆる方法論、有効な理論を除外せず、コーディネートをする」（*ibid.*: 50）という相補主義を提唱することで、民族精神医学の理論的な枠組みを構築したのである。

ドゥヴルーの理論をもとに民族精神医学を臨床医学として確立しようとしたナタンは、1948年にエジプトのカイロでユダヤ系の家系に生まれた。エジプトとイスラエルの戦争が勃発しユダヤ人が国外追放されると、ナタンは家族共々フランスに移住したという（de Pracontal 2008:

309)。その後、ナタンは心理学や精神分析を学び、フランス国立高等研究院においてジョルジュ・ドゥヴルーから民族精神医学を学んだ。1986年にはパリ第八大学の教授となり、1993年に同大学内にジョルジュ・ドゥヴルー・センターを創立すると、移民とその家族を主な対象として、民族精神医学の実践を本格的に始めたのである（松葉 2005: 395）。

ナタンは、前出のドゥヴルーの民族精神医学の根幹ともいえる、相補主義を次のように評価している。

民族精神医学に臨床での有用性を与えているのは、まさにそれが基本的手続きの中に二重性と境界の概念を含んでいるという事実である。民族精神医学は、二つの異なった、同時的でも、いずれが優位でもない言説を使いこなすことを前提にしており、したがって研究者を二重性の立場に置く。さらに、民族精神医学は、その方法論全体において、明確に境界を定められた領域ではなく、境界の数々を、そうした領域の限界の数々を探索する。私には、この境界に研究対象の位置を与えたことが、民族精神医学の果たした最も独創的な貢献だと思える。（Nathan 2001[1986]=2005: 41）

ドゥヴルーは、二つの言説をいずれも優位に立たせることなく使いこなすという相補主義を提唱したことで、言説の境界そのものに焦点を当てた。ナタンが高く評価するのは、この点である。だが、ナタンが提唱する相補主義とドゥヴルーの相補主義は、どのような言説を採り入れるのか、という点で異なる。ドゥヴルーは、「相補主義は、あらゆる方法論、有効な理論を除外せず、コーディネートをする」（Devereux 1985=2014: 50）としているが、呪術や宗教といった臨床家にとっては異質な治療体系を治療目的に採り入れることには懐疑的だった（Moro et Baubet 2004=2009: 66）。ドゥヴルーが想定していた言説とは、観察されたものとしての社会学・民族学的な言説と、体験されたものとしての心理学的・精神分析的な言説のみだったのである。ところがナタンは、移民の出身地で行われるシャーマンによる治療儀礼なども体験されたものの言説の一つとみなし、臨床に積極的に採り入れようとする。しかも移民のものだけではなく、治療に参加する複数の共同治療者たちの出身地で普及している治療体系も考慮の対象とされるため、「境界の数々」を探索することになるのである。

このような差異は、精神分析に対する両者の評価が大きく食い違っていることに根ざしていると考えられる⁷³。ドゥヴルーは精神分析を、「ひとつのメタ理論、あるいは、ほかのあらゆるものを超越したひとつのメタ技術」と見なしていた (ibid.)。反対にナタンは、精神分析も他の理論同様に独自の世界観を持つ理論⁷⁴の一つに過ぎないと考え (Nathan 1996[1993]: 91)、「徐々に精神病理学と精神医学、心理療法の基盤そのものを問い質すようになった」 (Inglese e Pisani 1998: 7) という。19世紀に誕生した精神病理学が「常に暗黙のうちに認めてきた」、「一種の『裸の人』⁷⁵たる、普遍的で個別化し、その人の文化的世界から独立した一人の『主体』という公理」を、ナタンは、「明らかに単なる幻想」だとしたのである (Nathan 1996[1993]: 40)。人間のありかたは多様であり、それゆえ、その心の病いに関する理論も多様であるというのが、臨床家としてのナタンの基本的なスタンスなのである。

では、ナタンは、移民の出身地の治療体系を採り入れることで、西洋近代的な心理療法ともドゥヴルーの民族精神医学とも異なる、どのような民族精神医学を提唱したのであろうか。ナタンの民族精神医学は、精神病理学者をはじめとする臨床家たちが、西洋近代的な精神医療以外の治療体系に対してとる態度への批判に根ざしている。ナタンによれば、「精神病理学者たちは、一方で、西洋の病理学というひとつの“思想”が存在し、もう一方では、自らの幻想に陥って〈象徴的な〉行為を無邪気に身振り手振りで行うことしかできない、あの（哀れな）未開人の“信仰”が存在する、と主張し続ける」 (Nathan 1996[1995]: 46-47)。ナタンにとっては、伝統医療も精神医学も等しく治療体系としては有効であるため、前者は診断や治療の場面から排除されるべきではなく、むしろ双方共々活用されるべきものである。こうして彼は、心の病いの治療に関するものを含むあらゆる分野の専門家や、治療に用いられるあらゆる道具類、不可視の存在、神々を統合しうる一つの心理療法を追求するようになっていったのである (Nathan 2006: 27 in Coppo 2013: 178)。

ナタンが追求するような、あらゆるものを統合しうる心理療法を可能にするセッティングが、グループ・セッションである。ナタンが始めたセッションは、大規模なものである。臨床家たちは、治療責任者と共同治療者に分かれ、移民の精神障害者の担当チームとしてセッションをすすめていく。通常、15名ほどという共同治療者は、様々な地域の出身でフランスの大学を卒業しており、彼らは精神科医、心理士、教育者などであることが多いという (Nathan 1996[1993]: 55, Nathan

2001[1986]=2005: xxiii)。また、共同治療者の選出にあたっては、移民と「文化的に同一」な者ばかりにならないよう、「類似」する者、そして「異質」な者が含まれるよう配慮される (Nathan 1996[1993]: 50)。

参加者は円形に並べられた椅子に座る。移民の関係者として出席するのは、家族、ソーシャルワーカー、かかりつけの医師で、友人や隣人が呼ばれることもある。一方、センターからの出席者は、心理士、一般医、精神科医、人類学者、社会学者、言語学者、弁護士、大学院生、実習生などとなり、その人数は5名から20名を超えることもある。このように複数の地域の出身者で構成されるグループは、治療責任者を中心に約三時間にわたってディスカッションを行うのである (Nathan 2001[1986]=2005: 39)。

ナタンによる解説をふまえれば、グループには大きく分けて二つの機能があるといえる⁷⁶。第一に、移民にとっては、グループは「家族」のように感じられるとともに、苦しみの「容れ物」になるという。親族やコミュニティー全体で行われる伝統医療が慣例となっている地域から来た移民にとっては、伝統的な治療儀礼に似て親しみやすいものになっているというのである (Nathan 1996[1993]: 50)。

第二に、グループ内で共同治療者たちが思い思いに移民の病いの原因について解釈することで、移民は自分の出身地で普及している治療体系の理論に即して、病いの原因を解釈できるようになると同時に、セッション中に病いの原因について議論が深まれば、移民の解釈は相対化されるという。ナタンはこのようにして治療グループ内で構築されていく病因論を、「治療における自発的多神論の一種」 (Nathan 2003 [2001]: 77) と呼んでいる。

ここまで、民族精神医学の創始者であるドゥヴルーの民族精神医学とその弟子のナタンの業績、ならびに、移民の出身地で普及している治療体系の取り扱いについて叙述することで、フランスにおける民族精神医学の展開の概要をたどってきた。あらゆる治療体系を採り入れるナタンの心理療法は、イタリアの臨床家たちの目にどう映ったのであろうか。次節では、まず民族精神医学のイタリアでの思想潮流としての展開を検討していくことにしよう。

4.2 思想潮流としての民族精神医学

本節ではまず、ナタンの民族精神医学が、一つの思想潮流としてイタリアで展開していった経緯を概観する。その後、ナタンの民族精神医学を思想としてとらえるイタリアの臨床家らが、どのような評価をしているのかをみていくことにしよう。

イタリアの臨床家たちの間で民族精神医学への興味が高まったのは、移民の流入が始まった時期である1990年代初頭とほぼ重なる(Schirripa 2003: 170)。この頃から、フランスで出版されたナタンの書籍をとおして、ナタンの心理療法に感化されたイタリアの臨床家たちは、イタリアの公共サービスの文脈に沿ったその応用を模索し始めたという(Inglese e Cardamone 2010: 23)。また、こうした潮流をうけて、1993年には民族精神医学と医療人類学の学術誌『I fogli di Oriss』⁷⁷も創刊された(ibid.: 24)。

だが、ナタンがより多くのイタリア人に知られるようになったのは、1995年にフィレンツェで開催された「精神病と文化」会議を含む、1994年から1996年にかけて彼が行った一連の講演会をとおしてである(Coppo 2000: 138)。研究に参加した臨床家らによれば、ナタンの講演会には、イタリア全土から多くの著名な精神科医が参加していたという。彼がいかに注目を集めた人物であったのかが窺いしれる。

イタリアで初めて出版されたナタンの著作は、「他者の狂気」⁷⁸（第一版1986年、第二版2001年）である(ibid.: 137)。1990年代にはいると、彼の著作は、フランスで出版されると、ほぼ間を置かずにイタリア語翻訳が出版されるようになっていった⁷⁹。注目すべきは、ナタンをとおして、師のドゥヴルーや弟子であるアンヌ・ローズ・マリー・モロ⁸⁰、フランソワーズ・シロニ⁸¹等の民族精神医学も、イタリアで広く知られるようになっていったという点である。例えば、2000年代半ば以降、ドゥヴルーの著作の翻訳が次々と出版されていった⁸²。

ナタンの知名度があがるにつれて、ナタンとイタリアの行政機関や医療機関などとの協働も始まった。例えば、2000年から2001年にかけて、ローマ市の「社会政策・健康促進評議会」とローマ地域保健事業体Cの精神保健局が企画した精神保健従事者のための養成コースが実施された際、ナタンは講師として招聘されている(Ugolini 2005: 246-247)。このときの講演の内容は、『他者のための治療：民族精神医学セミナー (La cura degli altri: Seminari di etnopsichiatria)』と題する論集に収録されている(Nathan 2005: 164-178)。ナタンは現在、実質的に

臨床家として第一線から退いている。しかしながら、彼の著作は、この分野の一種の「古典」として臨床家たちの間で読まれ続けているのである。

では、なぜナタンの民族精神医学は注目を浴びたのであろうか。この点については、ピサ市郊外で民族精神医学の流れを汲む心理士養成校を創立した、精神科医ピエロ・コッポの見解を参照してみよう。コッポは、民族精神医学では臨床において民族学・人類学と精神医学が相互に足を引っ張り合う、とするナタンの言葉（Nathan 2003: 10-11 in Coppo 2013: 181）を引用し、だからこそ、臨床ではどのディシプリンも完全に確立され得ない「不確実性の裂け目」が生じ、この裂け目が「患者固有の現実」に場所を与えると論じる（Coppo 2013: 181-182）。これは、移民の出身地の治療体系が、精神医学と共に緩やかに成立しうる境界が生まれる、という意味だと考えられる。コッポによれば、「不確実性の裂け目」は「患者に（出身地の伝統医療の）専門家として声を与え」、「その時、その状況において、患者のニーズに最も呼応するもの」の模索を可能とする（ibid.: 182）。このような議論から、民族精神医学とは、移民に一種の共同治療者の役割を担わせ、治療への積極的な参加を促すもの、とコッポが考えていることが分かる。

出身地で普及している治療体系の専門家として移民に発言させるということからは、民族精神医学は移民に対して、治療者同様の一種の「権威」を認めるものだという認識がコッポにはあるはずである。コッポは、民族精神医学の政治性にも注目し、評価しているのである。民族精神医学の政治性をあつかった論文のなかで、コッポは次のように主張する。

ナタンによって宣言されたプロジェクトの真意は、彼に自覚があろうがなかろうが、彼が好むと好まざるとにかかわらず、優勢な文化の行く先とは反対の方向にしかるべくして向かう。地域主義とコミュニタリズムの支援、コンフリクト（戦争ではない！）の創出力と関連の交渉の有効利用、真の多様性、真の多文化性、個々人とグループのエンパワーメント、行政専門家に対する批判的能力と職業組合に対する支援は、彼とその協力者たちによる言説を特徴付けるいくつかの輪郭にすぎない（Coppo 2000: 135）。

コッポにとっての民族精神医学とは、移民の出身地の治療体系を筆頭に、マージナルな諸言説をも拾い上げたうえで、言説同士を衝突させ、交渉させていく原動力をもちうるものである。ここから、コッポは、民族精神医

学は、覇権を握る社会的体制・文化の抜本的な見直しを推し進めうる、と考えていることが読み取れよう。民族精神医学は、一部の批判者が主張するように行政に荷担するものというよりも、むしろ、その転覆を彷彿とさせるものであることが示唆されている。コッポが民族精神医学をとおして思い描く社会とは、次の様なものである。

ナタン・モデルは、本当に多数の人々が分かちあう一つの社会を垣間見せてくれる。つまり、資源、権力そして発言権の配分があることで、相違が激しいだけでなく、相容れないような諸文化体系どうしの共存をも可能にする、いやむしろ促しうるような社会である (ibid.: 134)。

コッポにとって、民族精神医学をとおして移民の出身地の治療体系を臨床の現場に採り入れることは、多種多様な文化体系の共存の試みなのである。したがって彼は、民族精神医学を一つの運動のように捉えているといえる。1940年生まれのコッポは、バザールリアの精神保健改革運動をリアルタイムで経験しているからこそ、民族精神医学をこのように評価できるのだと考えられる。コッポは、「狂人 (matto)」に対するバザールリアの眼差しと、移民に対するナタンの眼差しに、相通じるものを見出しているからこそ、民族精神医学を「多元的で民主主義的であることを欲する」(Coppo 2013: 182) 心理療法と評したのであろう。

同じく精神科医で、長年ジョルジュ・ドゥヴルー・センターと共同で、移民のための精神保健の研究をしているサルヴァトーレ・イングレーゼは、この「不確実性の裂け目」とは、「治療者にも、患者にも、症候学にも完全に支配されていない中間の空間であり仲介の空間である」(Inglese 2010[1995]: 84)と論じる。コッポ同様、彼も移民の出身地の治療体系を採り入れる民族精神医学に、多元的で政治的な性質を読み取っていることは明らかだが、彼は、移民の精神障害者よりも臨床家に何が起こるのかという点に着目している。

イングレーゼは、民族精神医学は「多様な文化的現実において存在する治療者たちの製造法に関する理解に大いに携わる」(Inglese 2010[1997]: 114) ものと認識している。彼の議論を検討するまえに、イングレーゼがどのような意味で「治療者たちの製造」と言っているのかを確かめておく必要がある。「治療者の『製造』 (fabbricazione)」という表現は、ナタンの著作である“Fabriquer un thérapeute. Première partie : Théorie et invisibles non humain”

(Nathan 1996) からの引用だと考えられる。ナタンは、民族精神医学のセッションで「通過儀礼」の機会を提供しようとしているので、「製造」という言葉を用いる (Losi 2010:136)。通過儀礼は、「これまでの人格を消滅させ、新たな存在を“製造”するプロセス」(ibid.) だからである。では、イングレーゼは、ナタンの民族精神医学において、治療者がどのように「製造」されると理解しているのでしょうか。

イングレーゼによれば、民族精神医学のセッションでは、臨床家は、移民あるいは共同治療者らによる病いの解釈をとおして、非西洋圏において何が一人の人間を治療者とするのかも理解することになる。この過程で、治療者は、自身が扱う理論の「一元的な型」にはまっていることを自覚するようになるというのである (Inglese 2010[1997]: 114)。

さらに、イングレーゼは、民族精神医学を「確立された理論がないまま実践するリスクをあえて取る」と肯定的に評価する。民族精神医学は、分析が必要となる臨床的現象を浮かび上がらせる「技術的補綴」や「世界・環境」といった「有効な臨床的ツールを予め特定しつつ、ひとつの異なる理論的骨組みを築こうという決意」から成る戦略だというのである

(ibid.: 110)。そして、このような戦略をとる臨床家が、自分自身が拠り所とする治療体系とより深く固い絆を結び、臨床において、自らの世界観を拡大したとき、ひとりの治療者の「製造」が完了するとイングレーゼは主張する (ibid.: 114)。

ここで興味深いのは、民族精神医学では「確立された理論がないまま実践をする」とイングレーゼが述べている点である。これは、民族精神医学では、西洋近代的な精神医療の理論にも、移民の出身地の治療体系の理論にも完全に則ることなく、心理療法を行うということである。では、臨床家はどのように心理療法を進めていくのであろうか。イングレーゼの主要な論点は、臨床家が複数の理論の中から役立ちうる「臨床的ツール」を特定し、各移民に有効たりえる理論的骨組みを導き出していく、というものであった。イングレーゼが注目しているのは、臨床家が、移民の異質な理論と西洋近代的な精神医療の理論をつきあわせ、それぞれを評価することで、個々の移民にとって最適な治療者になり得るといふ点だと考えられるのである。

ここまで、ナタンの民族精神医学が、一つの思想潮流としてイタリアで展開していった経緯を辿り、その後、ナタンの民族精神医学を思想としてとらえるイタリアの臨床家らの評価をみてきた。臨床家らにとっては、民族精神医学は、多元的で民主主義的な社会のあり方をイメージさせるもの

だったといえる。続いて、民族精神医学を臨床医学としてとらえたとき、イタリアの臨床家らがどのように評価しているのかをみていくことにしよう。

4.3 臨床医学としての民族精神医学

本節では、まず、民族精神医学の実践者が自らの経験を踏まえて語る、移民の出身地の伝統医療といったような、臨床家にとって異質な治療体系の取り扱いに伴う危うさについて詳述する。その後、そうした危険を回避しうるセッティングである、グループ・セッションに関する臨床家らによる言及を取り上げていくことにする。

民族精神医学の実践者であるナターレ・ロージは、ナタンの方法論を用いた心理療法をイタリア国内外で行い、ナタンと協働していたこともある家族療法家である。彼は、現在、国際移住機関の地中海地域ミッションの社会心理的・文化的統合部局長をつとめている。ロージは、ジュネーブでナタンの方法論に忠実に従った心理療法を行い、多数のドロップアウト⁸³が出た経験があると明かしながらも、その有効性について次のように述べている。

明らかにかなり「西洋化が進んだ」患者たちを、あまりにも厳格なやりかたで、彼らの出身地の文化における固有の解釈に基づいた仮説を受け入れるようにせきたてると、時には、私たちは患者たちを失ってしまったが、別の場合には、かえって介入が有効となった。介入で異なる結果がでるといえるのは、二つの（都市の）文脈における移民の構成が異なるということに、部分的に関係しているのかもしれない。ジュネーブでは、かなり多種入り乱れている一方で、パリでは、その大多数がフランス旧植民地の出身である（Losi 2010: 133）。

ロージは、移民にたいして、その出身地の文化を強く想起させるような介入をすることが、旧植民地出身の移民に有効に働く傾向があるということを指摘している。これは、旧植民地出身の移民とその他の地域からの移民が、自らの文化に対して異なる反応を示しうると彼が考えていることを示唆しており、大変興味深い。

ここでロージは移民の属性からではなく、臨床家の能力の点からドロップアウトについて解説をしている。

(これは) 治療者の様々な経験、腕前、治療能力にも関わりうることであろう。実際に、私たちの経験を踏まえれば、あちらかこちらといった、一つの仮説への完全なる合意の表明はできないと私は考える (ibid.: 134)。

移民のドロップアウトについての議論をとおしてロージが示唆しているのは、次の二点だと考えられる。第一に、移民とは出身地と移住地双方の文化に影響を受けるものであるため、どちらかの地域で普及している治療体系の理論のみにのっとった解釈は、移民にとって実際的ではない。移民にとっては、西洋近代的な精神医療にのっとった仮説も伝統医療の理論に沿った仮説も、常に考慮されるほうが好ましいということである。ところが、臨床家らは、移民の文化的特性に配慮しようとするあまり、時として、仮説を立てるうえで、移民の出身地の治療体系の理論ばかりを採り入れた解釈をしがちとなり、それが、例えば文化的に変容がすすんだ移民にとっては受け入れがたいものになりうる、というのが二点目である。

移民の出身地の治療体系を、どのように、どの程度まで採り入れるべきかを判断せねばならないのは臨床家なのであるが、その判断は容易ではない。ナタン本人でさえ、そうした困難を覚えていたと思われ、ナタンのグループ・セッションに参加したことがある三脇は、次の様に述べている。「ナタンの人類学的知識が豊富な地域での患者の様子は、ナタンにとって容易に想像できるのだろうが、そのときのナタンは、かえってたしかに人類学と心理学や精神分析の間で緊張感を持つ、つまり“相補性”に踏み止まる困難さに直面する」(三脇 2000: 108)。西洋近代的な精神医療とそれ以外の治療体系のいずれも優位に立たせることなく採り入れるというナタンの相補主義は、実践が極めて難しいと思われるのである。

ロージの議論では、移民の出身地で普及している治療体系を治療に採り入れることの両義性、つまり、それに付帯する「危うさ」が示唆されている。コッポが述べていたように、移民の出身地の治療体系を病いの意味の解釈の場面に採り入れることは、民主主義的な心理療法を実現しうる。だが、その一方で、移民を出身地の文化的な型に押し込むような事態を招く危うさをもはらんでいる。民族精神医学が批判を受けるとき、問題視されるのはまさにこうした側面なのである。

例えば、ナタンは、文化⁸⁴を「殻」⁸⁵と喩え、それは人を「囲って」守る「免疫システム」に「匹敵する」と述べる (Nathan 1996 [1993]: 77)。このような文化の捉え方は、民族精神医学の実践者を含む多くの臨

床家の批判の的となっている（例えば Benslama 1996, Moro and Réal 2004, Rechtman 1995, Sibony 1997）。ナタンが文化的アイデンティティを、「自ら閉じ籠もり、あらゆる変化から身を守る、硬く不可侵の実体」のようにイメージしている、と解釈されがちだからである（Semenzato 2012: 127）。民族精神医学の実践者にも、ナタンが文化的な「囲い」である「硬く不可侵」のアイデンティティをセラピーで再構築しようとしている、と見なす者が少なくなく、そうした臨床家たちのなかには、移民の出身地の治療体系を採り入れることを極力控えようとする者もいるのである（ibid.）。

イタリアで移民の文化的特性に配慮しようとする臨床家たちは、移民の出身地の治療体系を相補主義的に使いこなすことは容易ではなく、使い方を誤れば、ドロップアウトを招いたり、移民を出身地の文化的な型に押し込めたりする危険があることも認識している。ならば、彼らの間では、自分たちにとって異質な治療体系を採り入れるにあたり、それ相応の工夫が必要であることも理解されているはずである。そこで次に、その工夫のひとつといえる、複数の治療体系の理論に基づき、多国籍の共同治療者たちによって移民の病いの原因が様々に解釈されていくという、グループ・セッションに関する臨床家たちの言及をみていくことにしよう。

ロージは、グループ・セッションでは、移民が主体性を発揮しやすくなるという点に注目している。共同治療者らによって病いが多様に解釈されるとき、移民の症状は、ナタンが言うようなシニフィエに欠いた「浮遊するシニフィアン」⁸⁶となっているのだが（Losi 2010: 125）、病いの意味を見極めていくのは、臨床家ではなく移民になる、とロージは述べる（ibid.:127）。ロージによれば、「このような類のセッティングでは（中略）、患者にとって最も親しみやすく理に叶った病因論および治療法にまつわる仮説を選ぶことが、患者にとって一層容易くな（り）」、「まさにこうした機会が最も実り多き加工⁸⁷を促進する」（ibid.: 127）のである。移民が複数の病いの解釈のなかから、自分にとって納得のいくものを選べるということは、臨床家が、特定の解釈の受け入れを移民に働き掛けにくくなるということである。したがって、移民が出身地の文化的な型に押し込められるような事態は回避されやすくなると考えられる。

ロージが、グループ・セッションにおける移民への影響に主に注目する中、コッポは、グループ・セッションが、病いの解釈に及ぼす影響に目を向けている。グループ・セッションでは、特定の解釈が優位に立ちにくくなる様子を、コッポは次の様に描写している。

ありのままでありたい複数の異質性が、それらの間で、なごやかに、あるいは、衝突しながら相互作用できるような、ひとつの多元的な地平を採り入れる必要性を、（民族精神医学は）その出発点とする。手本と抛り所は複数化し、私たちが精神と呼ぶものの観念、世界観、療法のいずれかが、優先されることはない。その患者と患者のグループの苦しみの周りに生じる特定の状況において表現されるものを、それらの間で相互作用させることが提案される。（中略）したがって、作業は一人の人間とではなく、一つのグループと、そして手段と解釈の多重性を伴うものとなる。これは、諸力の空白から、これまで、専門家をも含む参加者の誰のものでもなかった提案が出現しうるように、力を発動させることができる、ということである（Coppo 2013: 179）。

「苦しみの周りに生じる特定の状況において表現されるもの」というのは、移民の出身地の治療体系の理論に基づく、移民による病いの解釈を意味すると考えられる。コッポは、グループ・セッションにおいて、こうした病いの解釈が他の治療体系の理論にのっとりた病いの解釈と相互作用すると述べている。複数の治療体系は、理論そのものとして参照されるというよりも、病いの原因や療法をめぐって展開される議論に対して「梃子」⁸⁸のように作用しうるものと、コッポは捉えているようである。いわば、グループ内の議論に与えられる一種の「刺激」である。そして、このような「刺激」が相互に作用することによって、グループ・セッションを行うまでは誰一人として考え付かなかったような、病いの原因や療法などに関する提案が出現する可能性をコッポは指摘しているのである。コッポがここで示唆するのは、一つの症状に対して、多元的な解釈がなされるとき、西洋近代的な精神医療をも含む、複数の治療体系が相反することなく成立する「境界」が見出されうる、ということであろう。

本節では、臨床家にとって異質な治療体系を扱うことに伴う危険と、その危険を回避しうるグループ・セッションについてのイタリアの臨床家らによる議論をみてきた。移民の出身地の治療体系を心理療法の場面に採り入れるとき、臨床家が移民にたいして、移民の出身地の治療体系の理論にのっとりた解釈を受け入れるよう促す危険があることが指摘されていた。だが、そうした危険は、グループ・セッションにおいて、患者が病いの解釈を行う役割を担うことで、そしてまた、複数の異質な治療体系が取り扱われるなか、どの治療体系も成立しうる「境界」が見出され、そこから新

しい解釈が生じることで、回避可能であることが示唆されていたといえる。次節では、ここまでの議論をふまえ、イタリアで移民の他者性の解釈を試みる臨床家らが、ナタンの民族精神医学をとおして、解釈が困難となるような移民の他者性を扱う上で有用となりえる、どのような指針を導き出しているといえるのかを考察をしていくことにしよう。

4.4 解らないものとして留め置く

師のドゥヴルーが、あらゆる言説をいずれも優位に立たせることなく相補的に用いる相補主義を提唱し、言説の境界そのものに焦点を当てたことを高く評価したナタンは、臨床家にとって異質な、伝統医療をはじめとする複数の治療体系を心理療法に採り入れた。彼は、多国籍の共同治療者が複数名介入する大規模なグループ・セッションで、移民だけでなく共同治療者らにもそれぞれの出身地の治療体系にのっとりた病いの解釈をさせることで、「治療における自発的多神論の一種」(Nathan 2003[2001]:77)となる病いの原因を見出していく、臨床医学としての民族精神医学を提案した。

そうしたなか、イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる臨床家らは、ナタンの民族精神医学に注目し、まず、それを一つの思想潮流として捉え、多元的かつ民主主義的な社会のありかたが提示されているもの、そして、臨床家の自分自身の見直しを促すものと評価した。一方、臨床医学としての民族精神医学は、移民の出身地の治療体系という、臨床家にとっては解釈が困難な移民の他者性を採り入れているということから、危険も孕むものとみなされていた。イタリアの臨床家にとって、どのように、どの程度、移民の治療体系を採り入れた病いの解釈を行うのかという判断が、非常に難しいからであった。例えば、移民の文化的特性に配慮しようと、文化的に変容がすすんだ移民に対して、移民の出身地の治療体系にのっとりた病いの理解を受け入れるよう促せば、ドロップアウトを招く可能性もあったのである。だが、ナタンの民族精神医学では、グループ・セッションというセッティングが用意されていることで、そうした危険の回避が可能になることが、イタリアの臨床家らの間では認識されていた。病いの解釈を練り上げていくのは臨床家と共同治療者、移民たちで、複数の仮説がある場合、移民に選択が任されているうえ、複数の治療体系が扱われることで、どの治療体系も成立しうる「境界」から新しい解釈が生み出されうる。つまり、臨床家が、特定の解釈の受け入れを移民に促しにくくなっているのであった。ならば、移民の他者性に配慮し

ようとする臨床家たちは、ナタンの思想から、解釈が難しい他者性を取り扱ううえで有用となりえる、次の様な二つの指針を導出しているといえる。

まず、臨床家らは、移民の精神障害者以外の者を、診断と治療の場面に介入させることを、第一の指針として導出しているといえる。言い換えれば、序論で紹介した、人類学者のクラパンザーノとタウシグのように、単独で行う解釈の限界を認め、唯一の解釈者という立場から退き、第三者にも解釈を委ねることの必要性あるいは有用性を認めているのである。多国籍の共同治療者が多元的に移民の病いを解釈していくことで、ロージは複数の仮説がたてられるようになると述べ、コッポは、誰のものでもなかった提案が導出されうると論じていた。このとき、臨床家は必ずしも、個々の異質な治療体系について専門知識をもっている必要がないことは、コッポにより示唆されていた。複数の解釈が相互作用することで、病いの解釈が練り上げられていくからである。移民の病いを解釈しようとするとき、常に移民の文化について深い知識を得る必要はない。ナタンのセッションで行われているように、複数の者が自身の文化的特性や特異性を互いに曝しあうことで、病いを解釈していくことも可能なのである。

こうして病いの解釈を相互に行う者たちの関係とは、ナンシーが論じていたような、他者と「〈合一〉 (communier) しないそのことによって〈通い合(う)〉 (communiquer)」 (ibid.:46) という「分有」の関係だといえる。コッポによるグループセッションの描写も「分有」を彷彿させる。「ありのままでありたい複数の異質性が(中略)衝突しながら相互作用できる」ものと表現していたことを思い出したい。

このような「分有」の関係を移民と取り結ぶことが、第二の指針として導出されていたと考えられる。異質な病いの解釈に触れながら自分自身も病いの解釈を行う者は、自己の理解を深めうるからである。ロージは、臨床家の解釈との合一が求められないなか、自らの病いの解釈を行う移民は、自己分析がすすむという指摘をしていた。一方、イングレーゼは、臨床家が異質な治療体系の理論と西洋近代的な精神医療の理論をつきあわせて評価することで、自らが「一元的な型」にはまっていることに気付くと論じていた。こうした気付きを経て、臨床家は、個々の移民にとって最適な治療者になりうるのである。

ナタンの民族精神医学から臨床家らが導き出している二つの指針が示唆するのは、解釈が難しい移民の他者性を取り扱ううえで、臨床家は従来のような形での他者性の解釈を諦める必要もある、ということであろう。他

者性の解釈は、移民本人に委ねたほうがよい場合もあれば、共同治療者のような第三者を交えて解釈を練り上げていくほうがよい場合もある。

移民の他者性を適切な形で取り扱うということは、その解釈に努めるということだけを意味するのではない。なぜなら、あらゆる他者性を解釈し理解しようとすることは、デ・マルティーノの言うような、西洋近代的な「観察のための特別のカテゴリー」を用いて、移民の他者性を西洋近代的なものに「翻訳」しようとすることでもあり、それは移民の同化と表裏一体だからである。移民の他者性の解釈を試みる臨床家らは、ナタンの思想をとおして、解釈が難しい移民の他者性は、解らないものとして留め置くことも、移民の他者性を適切な形で取り扱う一つの方法であることを学んでいるのだと考えられる。

さて、ここまで、移民の他者性の解釈を試みる臨床家たちが参考にして、デ・マルティーノとナタンによる著作と、その著作をとりあげたイタリアの臨床家らによる論考を検討してきた。デ・マルティーノの思想からは、臨床家が自分自身の特性に目を向けつつ、移民の他者性を「歴史過程の諸関係のなかで」解釈するという指針が、ナタンの思想からは、解釈が難しい移民の他者性を取り扱うとき、臨床家はその解釈に第三者を介入させ、適切と考えられれば、他者性を解らないものとして留め置くという指針が導き出されているといえた。では、筆者が出会った臨床家たちにとって、こうした指針は、診断や治療の場面で拠り所となっているのであろうか。もし、そうなのであれば、導出された指針は、具体的に、どのような形で活かされようとしているのであろうか。そこで、次章からとなる第三部では、イタリアで行った聞き取り調査と参与観察の結果を中心にとりあげ、この点を確認していくことにしよう。

第三部 移民の他者性の取り扱い方

第二部では、移民受け入れ国として歴史が浅いイタリアの臨床家らが、移民大国で移民の精神保健を専門とする臨床家らの著作や、伝統医療や呪術、治療儀礼をとりあげた民族誌を「参考書」として読んでいることに注目し、「参考書」の筆者である民族誌家デ・マルティーノおよび精神分析家・心理士ナタンの思想と、それに関して臨床家らが展開している議論を検討した。このような文献研究をとおして、デ・マルティーノとナタンの思想から、移民の他者性を扱ううえで有用となり得る、どのような指針が導出されているといえるのかをみてきたのである。

かわって第三部では、筆者がイタリアでの現地調査で行った聞き取り調査と参与観察の結果をみていくことにする。移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を図るイタリアの臨床家らが注目することの多い三種類の移民の他者性をとりあげ、それぞれが、どのように取り扱われようとしているのかを検討していくことにする。その際、第二部でみてきたような指針が診断や治療の場面で活かされうるのかも、確認していくことにしたい。

まず第5章では、診断や治療の場面で、移民の他者性を常に考慮することが適切ではないことに着目し、大多数の臨床家が精神障害との関連付を行うものの、移民にとっては両義的である、移住・移動の経験という他者性をとりあげる。臨床家らの語りと参与観察の結果をとおして、移民の移住・移動の経験に注目するイタリアの臨床家らが、移住・機動の経験を考慮するか否かの判断を、どのように付けようとしているのかを検討し、彼らが、特定の考えかたにだけ依拠しないよう努めながら、移住・移動の経験という他者性を適切に取り扱おうとしていると論じていく。

続いて、第6章では、移民の他者性が、ときとして潜在的であることに着目する。序論では、人類学者のロサルドがフィリピンの首狩族に、それまで当たり前のこととみなしていた徴兵制度の非倫理的側面を指摘され、自己の異化を経験したことを紹介した。第6章で取り上げるのは、こうした、当たり前とみなされているからこそ看過されやすく、潜在的となっている他者性である。ここでは、文献研究と聞き取り調査の結果を検討することで、潜在的な移民の他者性を看過しないよう努めるイタリアの臨床家たちが、第三者の介入をとおして、移民の他者性の顕在化を図ろうとしていることをみていく。

第三部の最終章となる第7章では、解釈が難しい移民の他者性である、移民の出身地の治療体系に着目する。臨床家らの語りをとおして、移民の

治療体系を考慮しようとするイタリアの臨床家らが、十二分に理解することはかなわない移民の治療体系どのような形で取り扱い、診断や治療の場面で活かそうとしているのかを検討する。そして、彼らが、複数の治療体系を相補的に用いようとしているという指摘をしていきたい。

第5章 移民の他者性を考慮するか否かの判断

移住・移動の経験の取り扱いに関する臨床家らによる省察の検討

前章では、解釈が難しい移民の他者性に配慮しようとする臨床家らが、精神分析家・心理士ナタンが提唱した民族精神医学について展開する論考を取り上げた。そのなかで、民族精神医学の実践者である心理士のロージが、移民の文化的特性である、移民の出身地の治療体系を考慮して、病いの意味の解釈を試みることの両義性を示唆していたことを思い出したい。移民にたいして、その出身地の文化を強く想起させるような介入をすることは、旧植民地出身の移民に有効に働く傾向がある一方で、その他の地域からの移民には受け容れられず、ドロップアウトを招く場合もあるとロージは述べていた。移民の出身地の治療体系を考慮して病いの意味を解釈することは、コッポがいうような民主主義的な心理療法を実現しうる一方で、移民を出身地の文化的な型に押し込むような事態を招く危うさをもはらんでいる。病いの意味の解釈を行う場面で、移民の文化的特性を、どのような形で、どの程度考慮すべきかを判断することは容易ではなく、時には、考慮しないという判断も必要となってくるのである。

移民の他者性を考慮するか否かという判断がとりわけ難しくなるのが、移民の移住・移動の経験という特異性を取り扱う場合である。序論でもみたとおり、殆どの臨床家はこの他者性を考慮して、精神障害の診断や病いの解釈を試みる。これは、17世紀に精神科医のホーファーが、ノスタルジアの研究で、移住・移動の経験と精神障害を関連付けて以来（Hofer 1688）、精神医療分野では、移住・移動の経験は、精神障害の発症率を高める（Helman 2017[2007]:332）、あるいは、移民には多くの精神障害者が認められる、と結論付ける研究が積み重ねられているからである（Bhugra & Gupta 2017[2011]:44）。

ところが、そうした結論を覆すような研究結果も多いとはいえないが報告されている。例えば、母国における社会的役割に大きなストレスを覚えていた者は、文化的に異なる移住先でそのストレスから解放されると病みにくく（Littlewood & Lipsedge 1997:98）、政治的な理由で移住・移動する者も病みにくい（Mezey 1960 in Littlewood & Lipsedge 1997:95）という議論がある。あるいは、移住先で経験しうる文化・社会的な困難がどのようなものであるかを的確に予想し、さらに、予想したほど多くの困難は経験しなかったという者は病みにくいという報告や（Mähönen & Jasinskja-Lahti 2012:801）、移住先に適応し生活基

盤が整った場合、母国で劣悪な精神状態にあった者は良好な状態へ転じる (Stillman et al. 2009) という報告もなされている。一般的に臨床家の間では、移住・移動の経験は精神障害をもたらすという認識が根強くあるなか、病いを解釈するとき、あるいは精神障害に診断名をつけるとき、移民の移住・移動の経験を考慮することが、常に適切とはいえないのである。

では、移住・移動の経験に注目する臨床家たちは、移民の病いの意味の解釈や精神障害の診断を試みるとき、移民の移住・移動の経験を考慮するか否かの判断を、どのようにつけようとしているのであろうか。そこで本章では、研究に参加した臨床家らにたいする聞き取り調査や参与観察の結果を紹介しながら、臨床家たちが、移民にとっての移住・移動の経験をどのように捉え、評価しているのかをみていくことにしたい。なお、移民の病いの解釈や精神障害の診断が試みられるとき、臨床家らが評価する移民の移住・移動の経験は、大きく三分できる。まず、ホスト社会への適応の経験が挙げられる。文化的な変容や差別などの経験、そして社会的支援が十分に受けられないといった経験は、精神障害の要因になると考えられているからである (Veling et al 2008, Hjern et al 2004)。第二に、家族との離別の経験も考慮の対象となる場合がある。家族と離れ離れになることは、大きなストレスになることされており (例えば Vahabi and Wong 2017, Hiott et al 2006)、特に難民の場合は PTSD の発症を促しうるとの報告もある (Rosseau et al 2001, Miller et al. 2018)。第三に、トラウマをもたらしうるような苛酷な移住・移動の経験は、難民の間で PTSD などに代表される精神障害の発症率を高めるとみなされている (例えば、Bhui et al. 2003, Crepet et al. 2017, Lindert et al. 2009)。

本章では、この三種類の移住・移動の経験を各節で取り上げていくことにする。第1節では、ホスト社会への適応度が高い移民は精神障害を発症しにくい、という考えかたが臨床家のなかで広くみられるなか、筆者が出会った臨床家たちが、社会適応の両義性や文化的な変容を促進しないことの意義を認識するようになったという語りを取り上げる。第2節では、移住・移動により移民が家族から孤立するという考えかたが家族主義的なイタリアの臨床家の間では特に根強くあるなか、聞き取り調査と参与観察の結果をとおして、家族から離れることが常に移民の精神状態に悪影響を及ぼすわけではないことに臨床家らが気付く機会を得ていることをみていく。第3節では、苛酷な移住・移動の経験は難民に精神障害をもたらすと

いう考えかたが臨床家のみならず難民支援者の間でも見受けられるなか、筆者が出会った臨床家らが、そうした考えかたを見直したり、便宜的に利用したりしたという語りを紹介する。最終節では、病いの解釈や精神障害に診断名を付けるとき、臨床家たちは、特定の考えかただけに依拠せず、自己に他者性をみいだすという「脱-臼 (dis-location)」(Nancy 2017[1999]:46)を経験することで、移住・移動の経験を考慮するか否か判断していると論じていく。

5.1 社会適応としての移住・移動の経験

臨床家らの間では、移民の社会適応度と精神障害の発症を関連付ける傾向がある。多くの臨床家らは、ホスト社会に適応する移民は精神的に健康で、適応に困難が生じている移民は、精神障害を発症しやすいと考えるのである。移民の精神障害と関連付けが可能とされる社会適応における危険因子は、次の四点にまとめられる。第一に、十分に社会的支援を受けられないことは、危険因子であるとされている (Ryan et al. 2006, Ahmad et al. 2004)。例えば、精神科医のリトルウッドとリップセッジは、移住先に大規模な同邦人のコミュニティーがあり、そこで社会的支援が受けられる場合は、精神障害の発症が抑えられるという指摘をしている (Littlewood and Lipsedge 1997:99)。第二の危険因子は、生活水準の低下といった形で、移民が移住先で経験しうる社会・経済的格差である (Das-Munshi et al. 2012, Nicklett and Burgard 2009)。この場合、失業だけでなく、自分の能力に見合った職に就けないことで覚えるストレスも、危険因子と見なされる (Bhugra 2004, Vahabi and Wong 2017)。このほか、移住先での差別や人種偏見が、第三の危険因子だとされており (Burke 1984, Nazroo et al. 2019)、心理的苦悩を移民にもたらしうると考えられている文化的な変容が、第四の危険因子となる (Bhugra 2017[2011]:231, Jasinskaja-Lahti and Karmela 2007, Oh et al. 2010)。

しかし、ホスト社会によく適応しているからといって、その移民が精神的に健康であるとは限らない。どのような形で、どの程度ホスト社会に適応することが、良好な精神状態の維持に繋がるのかは、それぞれの移民で異なる。したがって、臨床家らは、それぞれの移民にとって最適なホスト社会への適応のありかたを、その都度、見極めていかねばならないのである。

本節では、筆者が聞き取りを行ったイタリアの臨床家らが、移民のホスト社会への適応性をどのように考慮しながら、病的意味の解釈や精神障害の診断を試みているのかを、臨床家らによる語りをとおして検討していくことにする。まず、イタリアの社会にうまく適応したといえる難民の青年が、イタリア社会の慣例に則り暮らすようになったからこそ病んだ、と考える精神科医の語りをみていく。続いて、同じくイタリア社会に良く適応しているといえる移民の夫妻の、夫婦関係という側面で文化的な変容が進んでいなかったことが、夫妻にとって、精神的な問題とはならないことに気付いたという、家族療法家らの語りを検討していくことにする。

社会適応の両義性を認める

筆者が出会った臨床家らの多くが、治療の場面で、移民に対して、就労と同邦人のコミュニティとの関係構築を促している。臨床家らによれば、移民は、就職したり、同邦人から社会的支援を受けるようになったりすることで精神状態が安定し、治療が不要になることも少なくないからである。ところが、同邦人のコミュニティと交流があり、望むような職を得たことで病む移民もいる。そこで次に、そうした事例が、今まで取り扱ったなかで最も印象深い事例だとして筆者に紹介した、精神科医ガイオの語りを取り上げたい。

ガイオは、総合診療所で数多くの難民と面談を行う50代の精神科医である。あるときガイオは、中東出身の難民の青年と出会った。この青年は、とある集団からメンバーになるよう誘われたのだが、その申し出を断ったため、家族共々命を狙われるようになり、青年の家族は隣国に、青年はイタリアに逃げたのだという。

当初、不安障害と不眠症に苦しんでいた難民の青年にたいして、ガイオは、向精神薬の投与と心理療法を数ヶ月行ったところ、青年は精神的に安定したため、職業訓練を受けることになった。青年は、母国では精肉店で働いていたことから、イタリアの精肉店で研修を受け、研修を終えるやいなや就職が決まった。こうして青年は治療を必要としなくなり、時々、ガイオに挨拶しにくるだけとなったのだが、ある日、突然青年が予約もなしに診療所にやってきたという。

彼は、たいそう苦しんでいて、不安げだったので、私は何があったのか理解するために、「二回診察するから（診察日まで）待ちなさい」と彼に言った。そこで私たちは一連の面談日を設けた。何が起こっていたか

というと…彼はイスラム教徒なんだが、イタリアの精肉店で働いていたから、豚肉も触っていたわけだ。これが次第に彼のうちに不安を生じさせるようになった。不安というのは…「もし僕の家族がこのことを知ったら、僕の穢れたお金はもう受け取ってもらえなくなるだろう。もし僕の未来の花嫁の両親がこのことを知ったら、彼女を嫁によこしてはくれないだろう。もしコミュニティの同邦人たちがこのことを知ったら、僕はもう受け容れてもらえないだろう、いや、むしろ追放されるだろう」。これが、この事例では、彼に一連の鬱の症状、被害妄想の症状、迫害を受けるという不安、パラノイアを引き起こした。

そこで私たちはセラピーを始めた。何ヶ月も続いた。青年は、自分の国で培った重要な社会的アイデンティティ、家族（の一員）としてのアイデンティティに非常に戸惑っていた。このアイデンティティは、イタリア人と共に暮らすことで、変容しつつあったからだ。彼はこう言った、「僕は時々ビールを飲むんだ。結局、僕はそれほど堅物じゃない。けど分かっているんだよ、もしこのことが僕の家族や未来の花嫁、ほかの同邦人たちに知れわたったら、今までのように僕を受け容れてくれなくなるだろう」。

とにかく、これは、非常に興味深くて、複雑な事例だ。トラウマ的な物語があって、彼は暴力行為の目撃者で---これについては言うのを忘れていたんだが---家族との別離があって、適応の困難があって、その一方で、自らのルーツを度外視して生まれ変わりたいという意欲がある。

ガイオにとって、これが大変印象深く面白い事例であるのは、二つの理由からだと考えられる。第一に、移民がホスト社会にうまく適応できたとしても、後々、適応したことで精神障害を発症しうることを、この事例をとおしてガイオは学んでいる。大多数の難民が研修を受けてもなかなか就職できず、ましてや望むような職に就けることは殆どないなか、この青年は母国での経験を活かせる精肉店に直ぐさま就職したうえ、社会的に青年を支援できる同邦人のコミュニティとも交流がある。青年はうまくイタリア社会に溶け込むことができたといえ、治療で改善された青年の精神状態はさらに安定すると思われたが、そうはならなかった。

移民は、ホスト社会の文化を学んだり人間関係を構築したりすることで、文化的な変容に伴うストレスを低減させ、精神障害の発症を抑えることができる。だが、もしその過程で、母国の伝統や価値観を喪失すると、精神障害の発症率が高まることもある、という報告もある（Oh et al.

2010)。ガイオはこうして、移民にとってホスト社会への適応が両義的であることを認識するようになったのである。

さらに、ガイオは、ホスト社会への適応に伴う文化的な変容の経験が、苛酷な移住・移動の経験そのものよりも、重い精神障害をもたらす場合があることも、この事例をつうじて学んでいる。ガイオは、苛酷な移住・移動を経験した直後の青年にたいする治療には数ヶ月しかかけていないが、文化的に変容した青年に対する治療には何ヶ月もの時間を費やしたのである。臨床家らの間では、苛酷な移住・移動の経験は精神障害をもたらすと考える傾向が強いのであるが、ガイオは、こうした考えかたが常に適切とはいえないことを強く意識するようになったのではなかろうか。だからこそガイオは、暴力行為を目撃したり、家族と離れ離れになったりした青年のトラウマ的な経験は、青年の病いの意味を筆者に解説するうえで必要不可欠だとは感じられず、語るのを忘れたのだと筆者には思われる。

文化的な変容を促さない

文化的な変容という社会適応が、移民にとって両義的であるならば、ホスト社会への高い適応は精神障害の発症を抑制するという考えにもとづき、移民の精神状態を改善させようとして文化的な変容を促すことも、常に適切ではないということである。そこで次に、イタリア社会にうまく適応しているといえる移民夫妻の、文化的に変容のすすんでいない側面が夫妻の精神的な問題と関連がないと判断し、文化的な変容を促さなかったという二名の家族療法家による語りを紹介する。いずれも四十代であるカルラとレーモは、二人で組んで、所属する学派が運営する施設で家族療法を行うことがある。この施設では、法的介入があった移民の家族にたいする家族療法を、裁判所からよく依頼されるとのことで、以下みていくのも、そうした裁判所の依頼で始まった家族療法に関する語りである。

カルラとレーモは、南アジア出身の移民夫妻の関係を改善するよう、裁判所から依頼された。夫妻はいずれも、イタリアで職に就き友人にも欠かない、イタリア社会によく適応しているといえる移民であった。ところが、ある日、妻は、当時1歳と3歳であった子どもたちの手首を切ったあと、自分の手首も切って自殺を図ったのである。刑務所に送られた妻は、浮気を繰り返す夫に抗議するため、子どもと自分の手首を切ったと述べたのだが、夫は妻を責めることもなく、離婚もしなかったという。カルラとレーモによれば、面談が進むにつれ、裁判所や妻を支援するソーシャルワ

一カーらが把握していなかったような、二つの発見があったという。そこでまず、第一の発見について述べるレーモの語りをみてみよう。

非常に面白い治療プロセスだったよ。彼らは裁判所から送られてきた。この夫妻を、この両親を助けるため、つまり、夫妻仲を改善させるためだった。妻は出所したあと、イタリアの福祉サービス提供者たちの支援を得ながら、社会復帰を試みている最中だった。イタリアの福祉サービス提供者たちは、この夫妻にはカップルとしての関係に欠陥があると考えていた。(中略)しかし、インドでのカップルのありかたを踏まえれば、夫妻はそういった点からも、夫婦仲は良かったんだよ。夫妻は、(カップルであるということよりも)親であることに重点を置いていた。インドの文化的視座からは、そうした側面が最も重要だったからだよ。非常に面白い仕事になった。長期間の仕事になって、とてもデリケートなテーマを沢山扱った。彼らはかなり分断された家族として(面談に)やって来たのだけど、治療プロセスの最後には、夫婦関係というレベルでも、子どもを支える親というレベルでも、二人の新しいあり方をつくりだした。(中略)彼らは、カップルとしての親密性の追求…例えば、夜一緒に出掛けるとか、彼が彼女を膝のうえに乗せて可愛がるというようなことは、目指していなかった。彼らが考える家族には、そういうことは必要なかった。だが、イタリア人の視点から解釈した場合、ここが改善を必要とする側面だったんだ。なぜなら、イタリアでは夫婦というのは、こういうものだからだよ。親としての側面もあるけど、カップルとしての水平な関係にも配慮する。この事例では、移民の夫妻にとって、夫婦とはそういうものではなかった。彼らには、異なるモデルがあったからだよ。

一方、第二の発見について、レナータは、次の様に語っている。

私たちが家族の歴史の意味をひもといていくと、夫妻それぞれの家族の歴史に、大きなトラウマがあったことを発見したの。夫の姉は、調理中に衣服に火が燃え移り、黒焦げになって死んでしまったというの。彼の過去のトラウマ的な死であり、無関心が招いた事故よ。家族の者は彼女を助けられなかったの。だから、大きな無力感も…。一方、妻の義兄、つまり姉の夫は、交通事故で救助されなかったというの。だから、彼女の家族の構成が変わるような、大きなもう一つの悲劇よ。この二つのト

ラウマは処理されることもなく、語られることもなかった。…ここイタリアで起きたトラウマ、つまり、（妻の）コントロールの喪失とひどい暴力行為のエピソードは、夫妻の子どもたちにも妻にも、大きなトラウマをもたらしていた。子どもたちは、この家族に対してこれらのトラウマ的な出来事の処理を強いたのよ。処理されていないトラウマに取り組むことができるよう、一つのトラウマが儀礼化されたような格好となった。

まず、レナータとレーモの発見をまとめておこう。第一に、レナータとレーモは、移民夫妻の夫婦関係のありかたが、妻の殺人未遂と自殺未遂という事件と直接関係していたのではなかったことを発見している。妻が夫の浮気に言及しただけでなく、夫妻がイタリア社会によく適応しているといえるからこそ、ソーシャルワーカーたち同様、レナータとレーモも、初めは、夫妻がイタリア的な夫婦関係の構築を目指しながらもそれがうまくいかないことと事件を関連付けたと思われる。ところが、面談を重ねるうちに、夫妻は、母国での慣例に則り、男女としての関係よりも、父と母としての関係構築に重きを置いていることが判明し、それが特段、夫妻の関係に悪影響を及ぼしているのではないことに、レナータとレーモは気付いたのである。この気付きが、第二の発見につながったといえる。事件は、夫妻のそれぞれの家族が経験した、親族の悲劇的な死というトラウマに大きく関係していたであろうことに、レナータとレーモは気付いたのである。

レナータとレーモは、イタリア人である自分自身を見つめ直すことで、移民夫妻にとっての文化的な変容の経験を的確に評価できるようになり、その結果、移民の夫妻の病いを適切に解釈できるようになったといえる。レナータとレーモは、子どもが生まれた後も男女としての関係も維持しようとする夫婦関係のありかたが、イタリアの文化的特性であることを認識するようになり、全ての夫婦がこうした関係を追求するわけではないことを学んでいる。さらに彼らは、夫婦が男女としての関係よりも父母としての関係に重きを置くことが、常に、夫婦関係や家族成員の関係に好ましくない影響を与えるわけではないことも学ぶことで、事件は夫妻のそれぞれの家族が経験した悲劇に関連付けられることを突き止めたのである。この発見をとおしてレナータとレーモは、自分たちが追求する夫婦関係のありかたとは異なる、移民夫妻の母国で追求される夫婦関係のありかたを評価するようになったのだと考えられる。

レナータとレーモは、ソーシャルワーカーらが望んだように、男女としての関係を重視する夫婦関係の構築を支援するのではなく、夫妻の母国での夫婦関係のありかたを重んじることで、夫妻にとって適切と思われる夫婦関係の構築を支援できるようになったのである。言い換えれば、レナータとレーモは、自分たちと移民のあいだの文化的差異に気付かないまま、移民夫妻の夫婦関係という側面で同化を促しかねなかった局面を切り抜け、文化的差異を考慮した精神保健サービスを提供することができたのである。特定の側面で移民の文化的な変容がすすまないことは、移民の精神保健に常に好ましくない影響を与えるわけではない。レナータとレーモは、この移民夫妻の家族療法をとおして、移民にとって文化的な変容が必要とされる側面とそうでない側面は、その都度見極めていかねばならないことを認識するようになったと思われる。

本節では、筆者が聞き取りを行った臨床家らによる二つの語りをとおして、臨床家らの間で広く見受けられる、ホスト社会への適応度が高い移民は精神障害を発症しにくい、という考えかたが、臨床家らによって再考されていることをみてきた。精肉店で働くイスラム教徒についての語りでは、精神科医は社会適応の両義性を認め、移民夫妻についての語りでは、特定の側面で移民の文化的な変容がすすまないことと精神障害の発症には関連がない場合もあることを、家族療法家らが学んでいたといえる。とりわけ興味深いのは、イタリア人にとっての夫婦関係のありかたと、移民夫妻にとっての夫婦関係のありかたが異なっていたため、ソーシャルワーカーたちが、問題のある夫婦関係が事件の要因になったという解釈をしていた点である。

家族主義といえるイタリア人は、家族成員のあいだに密接なつながりがあることが、家族の理想的なありかただと考える傾向が強い。こうした傾向があることが、時には、臨床家らの判断を狂わせうる。そこで次章では、移住・移動による家族との離別の経験をとりあげ、臨床家らがそうした移民の経験をどのように評価しようとしているのかをみていくことにしよう。

5.2 家族との離別としての移住・移動の経験

臨床家らの間では、単身での移住は、家族での移住と比べて、移民がより大きな喪失感を覚える可能性が高くなるという認識がある (Bhugra et al. 2017[2011]:226)。例えば、家族と離れて米国に移住したラテン系の移民の精神状態が悪化するという報告がある (Hiott et al. 2006,

Letiecq et al. 2013)。また、女性が母国に子どもを残してきた場合、子どもとの離別は大きなストレスになるという研究も、フランスやカナダ、香港で行われている (Miranda et al. 2005, Vahabi & Wong 2017, Lau et al. 2009)。一方、残された子どもにとっても、親との離別は精神的な負担になると考えられている。子どもが、親に見捨てられたと感じて親から距離を取るようになったり (Glasgow & Ghouse-Shees 1995)、学力の低下や鬱などがみられたりする場合もあると考えられているのである (Vattolina & Colombo 2012)。こうした家族との離別と精神障害の関係に着目する研究は、難民を研究の対象者として非常に多く行われている。難民の精神保健に悪影響を与える大きな要因のひとつは、家族の離散だとみなされており (Rousseau et al. 2011)、家族と離れ離れになった難民には、鬱や不安症、PTSD が多く見られるという (Miller et al. 2018)。

こうしたなか、前節の臨床家らによる語りでも示唆されたとおり、イタリアでは一般的に、家族成員どうしの密接なつながりが追求される傾向がある。イタリアはフランスやカナダ、米国、英国に比べて、家族成員どうしの絆が強いとされている (Alesina & Giuliano 2013)。とりわけ、この絆は親子の間で強く、親は子どもの独立を促さないため、子どもは長く家に残り⁸⁹ (Blangiardo & Rimoldi 2014)、独立後は、子は親の家から半径 25Km 以内に住まい (Hank 2007:166)、毎日何らかの形で親と接触するのだという (ibid.:158)。イタリアの社会は家族主義的といえ (Alesina & Giuliano 2013)、このことは、家族との離別という移民の経験をどう捉えるかという局面で、イタリアの臨床家らに少なからずの影響を及ぼすと考えられる。

そこで本節では、筆者が出会った臨床家らが、移住・移動による家族との離別をどのように捉えており、病いの意味の解釈や精神障害の診断を試みる時、それをどのように評価しようとしているのかをみていくことにしたい。まず、イタリア人と移民の間で移住・移動から想起されるものに食い違いがあることをみていくために、心理士が運営する移民のためのイタリア語学校のレクリエーションで作成されたイタリア人講師と移民の作品を比較する。そうすることで、移民は、移住・移動を人との出会いにも関連付けるなか、イタリア人の臨床家の間では、移住・移動を家族からの孤立と関連付ける傾向が強いのではないかという、ひとつの仮説を提示する。なお、レクリエーションに参加している講師は、心理士だけではなく、人類学者やイタリア語教師なども含まれるため、厳密には臨床家らだ

けを取り上げた事例とは言いがたいのであるが、創立者の心理士が中心となりレクリエーションの内容が決定されるため、事例として紹介することを断っておく。続いて、携帯電話での通話をとおして家族とのつながりを維持することができた難民の青年に関する家族療法家による語りを取り上げ、前出の仮説を検証する。さらに、この家族療法家の語りと、続いて紹介する二名の心理士の語りをとおして、家族とつながることが精神障害をもたらす場合もあることを、臨床家らがどのように学ぶのかをみていくことにしよう。

イタリア人講師と移民の受講生の間で食い違う移動から想起されるもの

イタリアで、移民の移住・移動の経験に注目する臨床家たちの間では、移動先で移民は家族から孤立する、という考えかたが根強いといえる。そのような傾向があることを示唆してくれるのが、次に取り上げる、心理士によって運営されている、移民を対象としたイタリア語学校における工作のレクリエーションでの風景である。イタリア人講師たちが見本として作成した作品に、そのような考えかたが反映されていると考えられるのである。そこで、イタリア語学校の概要を述べた後に、イタリア人講師たちの作品と、移民の受講生たちの作品をみていくことにしよう。

学校の創立者である50代の心理士ディアーナは、教師や人類学者、ソーシャルワーカー等とともにNPOを立ち上げて以来、移民たちが、イタリア語を学べるだけでなく、レクリエーション活動も行えるような学校を運営している。ディアーナの学校には、2015年の「欧州難民危機」以降、難民も多く通ってくるようになったという。ディアーナによれば、必ずしもイタリアでの生活を望んでいるわけではない難民たちは、イタリア語を積極的に修得しようとはせず、その結果、やりたいと思っていることが、なにもできなくなっている。その大半が20代半ばから30代である受講生たちは、活動的な時期に何をすることもなく過ごし、フラストレーションを覚える者も少なくないとのことで、ディアーナは、難民たちに自己実現の機会を与えたいのだと筆者に語った。

ディアーナらが目指すのは、移民がイタリア語を流暢に操れるようになることだけではない。例えば、同校にはトラウマによる精神障害で苦しむ難民も通ってくる。このような場合、歌や演劇、美術などをとおした自己表現の機会を与えることが回復に繋がることもあるとディアーナたちは考えており、学校では、移民のレクリエーション活動に力を入れている。同

校は、臨床家のあいだでも高く評価されており、移民の精神障害者に通学を勧める臨床家も少なくない。

イタリア語の授業とレクリエーション活動の時間帯は9時半から13時頃までとなっており、イタリア語の授業は9時半ごろからスタートする。公民館の大集会室程度の広さの教室には、教室の東側と西側、中央部の三箇所に机と椅子が並べられ、初級、中級、上級のレベル別に授業が行われる。受講生たちは皆、バラバラな時間に到着するため、授業が進むにつれて次第に席が埋まっていく。この時間帯に、その日のレクリエーション活動で作成する工作のテーマが、教室の南側上部にかけられた白いスクリーンに映し出される。

工作の時間は「記憶の工房」と呼ばれている。ディアーナは、NPOのメンバーと、毎回のテーマを話し合っ決めて決めるという。そのとき、「私たちは、（移民と講師たちにとって）とても似通った意味となるもの、とても似通った感情をもたらすもの、同じ雰囲気や彷彿とさせるようなテーマを探す」と述べている。筆者が参加した日のテーマは、「rifugio（リフージョ）」であった。「rifugio」とは、ロ・ジンガレッリの伊伊語の辞典によれば「1.避難、庇護、保護、物質的および精神的な後ろ盾、2.庇護、保護を提供する場所、3.習慣的に人が集まる場所、4.手助けや保護などを求める人物」（Dogliotti e Rosiello eds. 1995:1534）を意味する。ディアーナたちが、「rifugio」というテーマにどのような意味を与えているのかについては、後述するとおり、受講生たちが理解できるよう工夫がなされている。

10時半からは、全員が輪になって挨拶をかわし、一緒に歌を歌ったり、ゲームをしたりして楽しむようになっている。筆者が参加した日は、45名の受講生と7名のイタリア人講師で、ボールを使ったゲームをした。皆が輪になって椅子に座り、テニスボール大のビニールボールを身体のだこかに隠し、鬼がボールを見つけるというゲームであった。このゲームは、続いて行われる「記憶の工房」のテーマと関係があったのではないかと思われる。

90分ほどでゲームが終了すると、スクリーンに向かって椅子が並べ替えられた。窓のカーテンが引かれ、教室内が薄暗くなると、宇野亜喜良の画風に似た、パステル調の色彩が美しいスライドが次々と映し出された。例えば、女性の胎内でまるくなる胎児のイラストがスクリーンに映ると、「rifugio、それはとても安全な場所。悪いことや嫌なことは起こらない場所」という極めて簡単な構文のナレーションが、ひとりの講師によって

読み上げられた。また、両手の中に人の姿が描かれたイラストには、「あなたを守る rifugio。力や微笑みが蘇り、荷物を置ける場所。ほっと一息付ける場所」といったナレーションが入った。イラストやナレーションによるテーマの解説から、「rifugio」は、主に、隠れ家や避難場所といった意味合のテーマとして提示されているように思われた。ならば、先程のボールを隠すゲームは、イタリア語が覚束ない者に対して、ボールのように自分を隠す場所と説明ができるようにするためのものだったと考えられる。

スライドの鑑賞後、3名の講師がスクリーンの前に集まると、テーマに沿って自分で作成した工作を順番に披露した。テーブルを模った工作を取り出して見せた講師は、幼少期、一人になりたくなると、テーブルの下に隠れていたと話した（写真 5-1）。二人目の講師は、両親が喧嘩をはじめると、アラン・ポーの本を読んで怖い物語の世界に逃げ込んでいたと語り、当時読んでいた書籍の装丁を再現した作品を掲げた（写真 5-2）。最後の講師は、兄弟と年が離れていたため、いつも一人で遊ばなければならず、ベッドをはじめとしてあらゆる家具に色を塗って遊んでは、両親に怒られていたという。受講生たちに見せたのは、ぬいぐるみと色鉛筆が上に置かれたベッドの模型であった（写真 5-3）。



写真 5.1 講師の作品

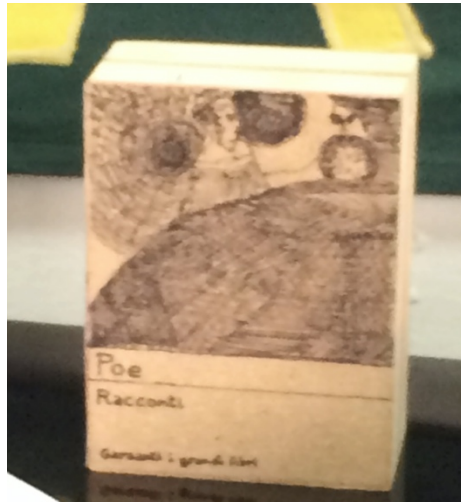


写真 5.2 講師の作品



写真 5.3 講師の作品

その後、講師たちは移民の受講生たちに向かって、子どもの頃、どのような場所が自分にとって「rifugio」であったのかを思い出し、1時間程度でその場所を模した作品を作りあげるよう指示した。いつの間にか、部屋の北側に6台並べられた机の上には、様々な素材と道具が用意されていた。受講生たちは、必要な素材を手に取り、教室内にバラバラに配置されたテーブルの上でボンドやホッチキス、セロテープなどを用いて、自分の「rifugio」を作成していった。作品ができあがると、各人、どのような思い出があるのかについて、イタリア語で短い作文を書くことになっている。イタリア語がまだあまりできない受講生には、講師がついて手伝いをしていた。

完成した作品は、部屋の南側にあるテーブルの上に作文とともに並べられた。テーブルの近くには講師が数人控えていて、作品を持ってきた受講生一人一人に、どのような作品なのかを尋ね、よく表現できている点などを指摘した。そして、それぞれの思い出話を、受講生のほうに身体を傾け聴き入っていた。例えば、何かよくないことが起きると、家の裏手にあるマンゴーの木に登ってマンゴーの実を食べていたという受講生や（写真5-4）、熟練工でないと操作が難しいドイツ製の印刷機が作動している様子を見るのが楽しくて、それが憩いの一時だったと語った受講生がいた（写真5-5）。また、別の受講生は、いつも仲良しの友達とブランコに乗っていた思い出話を披露した（写真5-6）。全員の作品ができあがったのは13時頃であった。次回の「記憶の工房」では、各人が自分の作品を紹介し、作文を読むことになる。講師の一人が言うところ、その日の授業は終了した。



写真 5.4 受講生達の作品



写真 5.5 受講生の作品。

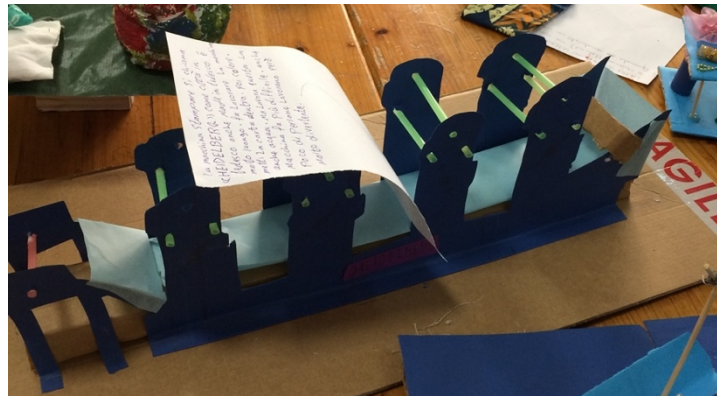


写真 5.6 受講生の作品

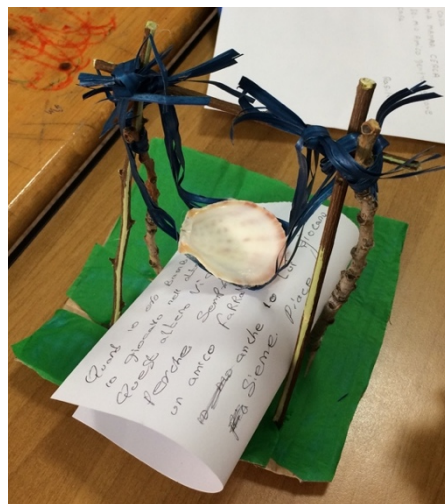


写真 5.8 受講生の作品

さて、「記憶の工房」で取り上げられたテーマである、隠れるため、あるいは何かから逃れるために赴く場所、という意味合いで提示されていたといえる「rifugio」は、受講生とイタリア人講師にとって、おしなべて「とても似通った意味となるもの、とても似通った感情をもたらす」テーマではなかった。移民の受講生の作品とイタリア人講師の作品を見比べると、両者のあいだで、イメージされるものに食い違いがあった。イタリア人講師たちは一様に、「rifugio」を両親や兄弟から離れた場所として表現していた。「rifugio」と言われて、必ずしも幸福とはいえない、孤独な時間の記憶が想起されていたのである。これは、何かから隠れるか、逃げるなかで行き着く場所が、家族から孤立する場所としてイタリア人講師らから認識されているということだと解釈できる。

イタリア人講師たちの作品には、移住・移動と家族からの孤立を関連付ける傾向がある臨床家らの認識が反映されていると思われる。本節の冒頭で述べた通り、イタリア人講師らは全員が心理士というわけではない。それにも関わらず、イタリア人講師たちがそろって、家族から孤立している状態を表現した作品を作成したのは、このイタリア語学校が、心理士のディアーナによって創立され、レクリエーション活動などをおして心理療法を行う機関としても運営されていることと無関係ではなかろう。移民の移住・移動の経験に注目するイタリアの臨床家らの間にある、移動先では移民は家族から孤立するという考えかたの根強さが、作品となって顕れた可能性がある。

一方、移民の受講生たちの作品群には、イタリア人講師たちの作品と似通った内容のものもあれば、対照的なものも見受けられた。嫌なことがあったときの避難場所としてマンゴーの木を模った受講生もいたなか、一緒にいて楽しい友人や熟練工などと過ごす場所を表現していた受講生もあり、幸福な時間の記憶も想起されていたのである。移民たちにとって、何かから隠れたり、逃れたりするなかで行き着く場所は、孤立を招くばかりではなく、特別な人との出会いの場ともなりうるのである。このような移民の受講生たちの作品は、移住・移動は人との出会いにも繋がりうるものとして、移民の間では肯定的にも捉えられていることを示唆している。

さて、ここまで、心理士のディアーナらが企画・運営するレクリエーション活動のために作成されたイタリア人講師らの作品をとおして、移住・移動の経験に注目するイタリア人の臨床家らの間では、移動先では移民は家族から孤立するという考えかたが根強くあるのではないかと、という仮説を提示した。しかしながら、繰り返しとなるが、このイタリア人講師らは

全員臨床家というわけではないため、この事例だけでは、こうした議論は推測の域を出ない。そこで次に、心理士たちの語りを取り上げ、この仮説を検証していくとともに、心理士たちがそうした考えかたをどのように見直そうとするのかをみていくことにしよう。

通信技術の発達が移民の家族関係に及ぼす影響を認識する

移住・移動により、移民と母国に残された家族とのつながりが希薄化すると考える傾向が、移住・移動の経験に注目するイタリアの臨床家たちに見受けられる。そして、もしその移民が何らかの理由で母国から逃げてきて、帰国が難しくなっているような難民というのであれば、そうした傾向はさらに強くなるといえる。ところが、「記憶の工房」での受講生たちの作品群が示唆していたように、移住・移動の経験は移民にとって両義的で、臨床家たちが自らの考えかたを見直さねばならない場合もある。そこで、次に、移住・移動で家族とのつながりが希薄化すると考えていた心理士のレナータが、そうした考えを見直すことになったという事例の語りをみていくことにしよう。

家族療法を専門とするレナータは、地域精神保健局の臨床家らに助言や指導をおこなうスーパーバイザーもつとめており、特定の症例に関して間接的に介入することもある。あるとき彼女は、西アフリカ出身の難民で、帰国の見込みはないという青年の症例について、とある地域精神保健局の心理士から相談を受けた。そこで彼女は、青年の治療に直接あたっている臨床家らとともに青年の家系図の作成にとりかかり、青年の家族の歴史が詳らかにされたとき、大きな発見があったという。これが、いままで取り扱ったなかで最も衝撃的な事例だったというレナータは、次の様に語った。

彼は精神疾患の発作があつて、強制医療介入となつたの、残念ながらね。それで…私たちは彼のことは少し前からモニタリングしていたのよ。彼は…なんと言えれば良いか…パラノイア的な錯乱があつた。その後、私たちが世代間伝達と定義できるようなものを彼が持っていること…つまり彼の国では、彼の家族の歴史では、特定の時点で、家族の誰かが発狂するか、とにかく複数の症状を発症するようになっていることが分かつたの。これが家族にとって、現状維持をする、つまり（家族としての）均衡を維持することに役立っていたというわけなの⁹⁰。

(発症したのは) 彼と母国に居る家族との間での通話が増えていた時期で、彼は家族と電話をする度に症状がでて、(精神障害の) 兆候がでていた。それで最後には、彼の家族が何らかの形でこの症状を引き起こしているのだということを、私たちは突き止めたわけよ。つまり、この時に、(家族成員のなかで) そうした症状を発症する順番が、彼に回ってきていたわけよ。これには随分と衝撃を受けたわ。なぜなら、何千キロも離れていても、家族の(順番に誰かが病むという)「伝統」(の影響)が彼に及んだのだから。(中略)その後、地域精神保健局が(レナータの解釈にもとづいた)介入をして、青年は、一ヶ月弱で元通りになったの。

まず、イタリア語学校の事例で提示した仮説を検証しよう。筆者は、イタリア人講師たちの作品をふまえて、移住・移動の経験に注目するイタリア人の臨床家らの間では、移動先で移民は家族から孤立するという考えかたが根強いのではないか、という指摘をした。レナータの語りで、この指摘が妥当なものであることが確認できたといえる。遠く離れて暮らしていても、家族の伝統に則って青年が病んだことに、レナータは大きな衝撃を受けたと話しているからである。

興味深いのは、レナータに従来の考えかたを見直す切っ掛けを与えたのが、携帯電話に代表される通信技術の発達であった点である。近年、難民の間では必需品として携帯電話が普及しており(UNHR 2016, Brunwasser 2015)、家族と連絡を取り合うことは、以前と比べてさほど難しい事ではなくなっている。さらに、精神科医のカーマイヤーとミナスは、通信技術の発達により、いまや人は「物理的に近いものよりも、遠く離れたもののほうに、より親しみを覚え、頻繁に接するのかもしれない」(Kirmayer & Minas 2000: 443)という指摘をしている⁹¹。カーマイヤーとミナスは、移住したことで、母国にいたときよりも頻繁に家族と接触するようになる移民もあらわれうることを示唆しているのではなかろうか。

このように通信技術の発達が、移民と母国の家族の関係に変化をもたらしているようになってきたなか、レナータは、移住・移動に関して臨床家の間で共有されている、次の様な二つの考えかたを見直す必要に迫られたのである。第一に、前出の事例でみたような、移動先で移民は家族から孤立するという考えかたは、携帯電話の普及により、時代にそぐわないものとなりつつあることにレナータは気付いたと思われる。レナータは、青年が

家族と電話で話すことで、順番に家族成員が病むという家族の「伝統」の影響が青年にも及んだ、と述べているからである。

第二に、レナータは、臨床家の間でよく見受けられる、移住・移動により家族と離れていることが難民の精神に好ましからぬ影響を与えるという考えかたも（例えば Miller et al. 2018, Bogic et al. 2012）、常に的確ではないことを学んだと思われる。筆者は、レナータに後日確認したのだが、精神障害の症状は、明らかに、青年が家族と携帯電話で話す度に出ていたという。つまり、レナータは、難民の青年が、通話で家族と繋がっているときに、病んでいったことを認めているのである。こうしてレナータは、移住・移動による母国の家族との繋がりの希薄化が、精神障害の発症を抑える場合もあることに気付いたと、筆者には思われるのである。

親子のあいだでの時間にたいする認識の齟齬に注目する

近年、イタリアでは東欧出身の女性の介護人が増えている。介護人を意味する「badante（バダンテ）」⁹²と呼ばれる女性たちは、通常、夫と子どもを母国に残して単身でイタリアに移住し、高齢者や子どもの世話をするために住み込みで働く。このような介護人と、母国に残る介護人の子どもたちの間では、「イタリア・シンドローム（sindrome Italia）」と呼ばれる鬱が多くみられるようになっているという。例えば、2014年に「国際家族の日」20周年を記念してイタリア下院議会の主催で行われた会議において、母国に残された子どもたちについての次のような報告がなされている。イタリアに多くの介護人を送り出しているルーマニアでは、75万人の子どもたち⁹³が、少なくともどちらかの親と離れて暮らしており、そのうち8割の子どもたちが精神的に苦しむようになっているというのである。「イタリア在住ルーマニア女性協会」の会長であるシルヴィア・ドゥミトラケによれば、彼女が知る限り、過去数年間に、少なくとも40名の子どもが母親と離れて暮らすことに苦しみ、自殺したという（Rai 2014, Abbrescia 2014, Battistini 2014）。

東欧出身の介護人たちは、生活が安定すると、子どもをイタリアに呼び寄せるものなのだと、複数の臨床家たちが述べている。しかし、イタリアで一緒に暮らし始めた親子は、相互のコミュニケーションで困難を覚えることが少なくないという。そこで次に、息子と呼ばせられたルーマニア出身の介護人とその息子にたいし、同僚の心理士と組んで心理療法をおこなったという心理士のレベッカの語りをみていくことにしよう。

60代の医師であるレベッカが心理療法を学び、心理士としても働くようになったのは近年のことである。彼女は、移民に無料で心理療法を行う団体に所属しており、この団体では未成年者と面談をする場合、その親にも個別の面談を行うことになっているという。あるとき、その団体において、彼女はとある介護人と面談をすることになり、同僚の40代の心理士ロッセツラは、その息子を担当することになったという。ロッセツラと相談しながらすすめた心理療法について、レベッカは筆者と次の様なやりとりをした。

レベッカ：たしかルーマニアの出身だった女性の事例は、今までで扱ったなかで最も難しい事例だった。女性は、家族を呼び寄せていて、息子との関係に問題があった。彼女は、この息子を認めたくなかった。つまり、彼女とは異なる人物として認めたくなかったの。彼女は、息子が幼い時に、息子を母国に残してきた。それに、長期間イタリアに住むことでパートナーもできていたので、この息子は少々お荷物でもあった。難しい事例だった。なぜなら、（親子が）どの程度のコミュニケーションをすればよいのか、見極めるのが難しかったし、（女性には）大したモチベーションもなかった。それで、セラピーは一年続いたのだけど、中断したわ。

筆者：女性が、なんらかの結果を得たということでしょうか。

レベッカ：ああ、それは分からないわ。息子のほうはあまり問題ではなかった。女性と息子の関係も、さほど問題というわけではなかった。よくあることなのだけれども、未成年者が問題を抱えているとき、母親が問題となっているのよ。けど、母親にとっては、自分の問題点を認識することが非常に難しいの。女性には、母国で（夫から）受けた暴力、夫から捨てられたこと、といったように、ある意味、再度向き合うことが難しい一連の状況があって、（セラピーで）やる気をだすのが彼女にとっては難しかった。真のモチベーションがなかったのよ。（中略）息子も問題は抱えていた。セラピーの大部分はロッセツラと一緒におこなった。私は母親の担当で、ロッセツラは16歳か17歳だった息子の担当だった。ロッセツラは、（息子の）置き去りにされた経験と、思春期の問題を検討していた。息子は、母親から置き去りにされたのだから。

筆者：（先立ってインタビューをした）ロッセッラ先生は、母親がここに働きに来て、息子が母国に残されると、家族の呼び寄せがあまりスムーズにいかないとおっしゃっていました。

レベッカ：スムーズに行くことはない。ほとんどないわ。なぜなら、母親たちは、母国に残してきた時と同じ子どもに再会することを期待して、年月が過ぎたことを考えない。時間だけではないわ、色々な出来事がその間にあったことも考えないからよ。

レベッカはこの語りをとおして、臨床家のみならず移民や難民の研究者の間で多くみられる、家族の呼び寄せが移民の精神状態を向上させるという考えかたが（例えば ChangeMakers NZ 2009, Löbel & Jacobsen 2021, Nørredam 2015, Vesely et al. 2019）、常に的確ではないことを示している。イタリアで一緒に暮らし始めた親子は、うまくコミュニケーションがとれないとして、心理療法を必要としたからである。しかも、この語りでは、精神的により問題があるとみなされたのは、母親から呼び寄せられてイタリアに移住した息子ではなく、息子呼び寄せた女性のほうであったことも、明らかにされている。管見では、家族の呼び寄せと移民の精神的な問題の関連を取り扱った研究では、主に、呼び寄せられた者が精神的な問題を抱えるという報告がなされている。例えば、幼い時に親と別れた子どもが呼び寄せられたとき、親が他人のように思えたり（Zhao et al. 2018, Suárez-Orozco & Kim 2011, Schapiro et al. 2013）、先に移住した家族が形成した新しい家族に違和感を覚えたり（Gindling & Poggio 2010, Lovato-Hermann 2017, Suárez-Orozco et al. 2011）といったことがあるという。さらに、この語りに登場する介護人の息子のように、幼い時に親が移住し、長期間親と離れていた場合、移住先で親と一緒に暮らし始めたとき、子どもの精神状態が不安定になる傾向があるという報告もある（Smith et al. 2004, Suárez-Orozco et al. 2011）。だが、レベッカは、「息子のほうはあまり問題ではなかった」と述べているのである。

レベッカは、女性が、母国の時間よりも、移住先での時間のほうにばかり目を向けることが、親子関係に悪影響を与えていると考えているようである。まずレベッカは、パートナーとの関係を維持したい女性にとって、息子がお荷物となっているという指摘をしつつ、心理療法にたいする女性のモチベーションの低さを、女性が夫との辛い過去に向き合えないことに

関連付けている。さらに、単身でイタリアに移住する母親たちが、息子の成長を含め、家族呼び寄せまでに色々な出来事があったことを考えないことが、家族の呼び寄せがスムーズにいかない原因となる、という発言もあった。

医師で人類学者でもあるヘルマンは、「時間の反転 (time inversion)」が生じた移民には、移住先での現在や未来という時間よりも、母国で過ごした過去の時間のほうが重要に感じられることがあり、それが、移住先で生まれた世代と親世代の断絶につながると論じている (Helman 2018 [2007]:330-331[322])。レベッカは、これとは反対の「時間の反転」が介護人の女性に生じていることで、親子の間のコミュニケーションに問題が生じていることに気付いている。こうして、家族の呼び寄せとは、呼び寄せる者と呼び寄せられる者との間で、時間にたいする認識に食い違いを生じさせうるもので、その食い違いの是正は容易ではないことを、レベッカは介護人たちと面談を行う度に、痛感しているのだと思われる。

本節では、移住・移動の経験に注目する臨床家らが、家族との離別としての移住・移動の経験を、精神障害とどのように関連付けようとしているのかをみてきた。まず、心理士が運営するイタリア語学校の参与観察の結果をとおして、臨床家らの間では、移住先で移民は家族から孤立するという考えかたが根強いのではないかという仮説を提示した。続いて、携帯電話での家族との通話でつながったことで病んだ青年に関する臨床家の語りでは、前出の仮説が妥当なものであることを確認し、通信技術の発達が移民と家族の関係に及ぼす影響を臨床家が認識するようになっていくことをみた。締め括りに、長年の離別を経てイタリアで一緒に暮らすようになったからこそ、精神的な問題を抱えるようになった親子に関する臨床家の語りを取り上げた。臨床家たちは、移住・移動により移民が家族と離れることが、常に移民の精神状態に悪影響を及ぼすわけではなく、また、離れ離れであった家族と繋がるのが常に移民の精神状態の向上に繋がるのではないことに気付く機会を得ていた。こうして、臨床家たちは、従来の考えかたを見直すようになっていたのである。

ところが、移民の移住・移動の経験に注目する臨床家たちは、常に適切とはいえない移住・移動の経験に関する従来の考えかたを、見直すばかりではなかった。例えば、臨床家のみならず難民の支援者らには、トラウマをもたらすような苛酷な移住・移動の経験は精神障害をもたらすという考えかたが広く見受けられるのだが、そうした考えかたを見直す臨床家

がいる一方で、便宜的に利用する臨床家もいるのである。そこで次節では、筆者が出会った臨床家らが、病いの解釈を試みたり診断名を付けたりする場面で、苛酷な移住・移動の経験という移民の他者性を、どのように捉え、どのように考慮しようとしているのかをみていくことにしよう。

5.3 トラウマをもたらさうような苛酷な移住・移動の経験

第2章でもみたとおり、昨今、イタリアでは、難民を対象とした精神保健サービスの強化を図る保健事業が、複数の州で行われるようになっていいる。これは、難民には PTSD に代表されるような重篤な精神障害が経済移民などよりも多くみられるという研究が多く発表されるようになり（例えば、Eaton et al. 2011, Blackmore et al. 2020, Lindert et al. 2009）、難民に適した精神保健サービスを提供する必要性が認められるようになってきたからだと考えられる。

難民が流入するようになって以来、イタリアの精神科医や心理士らは、難民を対象とした精神保健事業に参加しようと、難民の受け入れをイタリアよりも早くから始めている国々に注目し、そうした国々で難民の精神医療を専門とする臨床家らが著した、トラウマに関する書籍を参考にするようになった。例えば、エセックス大学の「トラウマ、政治犯庇護と難民センター」の所長である心理士のレノス・パパドポウロスによる

『Therapeutic Care for Refugees: No Place Like Home』

(Papadopoulos 2003) や、フランスの拷問被害者に特化した「プリモ・レーヴィ・センター」の創立者の一人である心理士のフランソワーズ・シロニによる「『Bourreaux et Victimes: Psychologie de la torture』 (Sironi 1999) は、いまや、イタリアで難民に精神保健サービスを提供する臨床家にとっての指南書となっている。

イタリアの精神保健分野でこうした潮流がみられるということは、難民の苛酷な移住・移動の経験と精神障害を関連付ける傾向が全般的に強くなっているということでもある。そこで、本節では、苛酷な移住・移動の経験は、PTSD などに代表される精神障害をもたらすという考えかたに則り、病いの意味を解釈したり精神障害に診断名をつけたりしたという、三名の臨床家の語りを取り上げる。まず、難民の青年との心理療法に関する心理士による語りを紹介し、つづいて、長期間、年若い難民の主治医をつとめたという二名の精神科医の語りをみていく。そうすることで、臨床家らが、難民にとっての苛酷な移住・移動の経験をどのように捉え、病いの

解釈や精神障害の診断を試みるとき、どのような形で考慮しようとしているのかを検討していくことにしよう。

自分自身を見つめ直す

研究に参加した少なからずの臨床家たちが、難民の初診の面談で、どのような経緯でイタリアにやって来たのか、あるいはどのような旅をしたのかについて話を聞き出せないという経験をしている。臨床家たちによれば、こうした難民たちの多くは、イタリアに入国して以来、何度も移住・移動の経緯について話をさせられ辟易してしまい、もう話はしたくないと言うのである。これは、「記憶の採集 (la raccolta delle memorie)」⁹⁴とよばれる、出国からイタリア入国までの経緯を聞き取る作業の弊害だと、イタリアの臨床家や難民支援活動家らの間では考えられている。「記憶の採集」は、庇護申請時に提出が義務付けられている、イタリア入国までの経緯を記した書類を作成するために不可欠な作業なのだが、往々にして、難民にとっては精神的に大きな負担になるという。こうして、難民は臨床家との面談において、積極的に移住・移動の経験について語らないものだというのが、臨床家たちの間で広く共有される認識となっている。

そのようななか、次に取り上げる心理士のミリアムの語りでは、初めての面談で、苛酷な移住・移動の経験について積極的に語ったという難民の事例が紹介された。ミリアムは、臨床家たちを対象とした講習会などで講師も務める40代の女性で、とある精神保健事業に参加した際、西アフリカ出身の難民の青年にたいして、心理療法を行うことになったという。この青年は、幼い時に両親を虐殺されて兄と共に母国をあとにし、逃亡先のリビアで育ったが、リビアで強制徴兵が始まると、イタリアに逃げてきたのだという。

当時ミリアムは、青年の病いを適切に解釈できなかったという。そこで、彼女がどのようにして適切な解釈ができるようになっていったのか、次の語りをとおしてみたいことにしよう。

初めての面談では、私のあらゆる想像や期待を裏切って、彼は全てを語ったの。全てよ。その日のうちに、彼の身に起こったことの全て、イタリアにいる理由を私に話したの。私はそういうことは期待していなかったのにね。なぜなら、それは、セラピーでの中長期的な目標としてならば、達成可能だと思っていたからよ。それでどうなったかという…彼

が私に全てを語ったとき---これは最初の面談だったのよ！---私は、彼がこれ（トラウマ）に取り組みたいのだと思ったの。だって、私の目の前には物語を語る人物がいて…その人物は、重大な損失を被っていて、大変強烈な経験をしていて…。

ところがね、彼がなにをしたかというのと、その次の面談以降、難民収容所での日常生活で抱えている問題の全てを話し始めたのよ。彼がそのとき受けていた就労支援の研修のことや、ちょっと熱を上げている女の子と、徐々に親しくなっていくというような事柄をね。こうして私は少々虚を突かれたの。初めての面談で、私はその人物の最も親密で奥深い部分を全て知ったのだから。

私はそれを贈り物として捉えたのだけれども、その一方で、このことは私に道を踏み外させた。なぜなら、その物語のなかに若干、私が閉じ込められたようになったからよ。つまり、この人物は、強烈極まりないトラウマを持っている、だからどうにかしてこのトラウマを乗り越えられるよう助けなければならない、ってね。（中略）彼を、彼の過去、彼の経験を、トラウマ的な物語に固定しないことを学ぶのに、少々時間がかかったわ。

（中略）私が学び、そして多くの人々が教えてくれたこととは、その時、相手が求めないかぎり、過去の物語に取り組むことは非生産的でありえるということよ。そして、問題となったのは私自身だった。つまり、私が苦しみとどのような関係を持っているのか、死と喪失と私がどのような関係を持っているのかということを、私は理解する必要があったのよ。私は、彼と穏やかに一緒に過ごせるようになるためにも、こうしたテーマを冷静に取り扱うことを学ばねばならなかった。

ミリアムは、二つの考えに囚われていたといえる。第一に、ミリアムは苛酷な移住・移動の経験はトラウマをもたらすという考えかたに囚われていた。だが、自分自身と改めて向き合うことで、そうした考えかたを見直すことができている。苦しみや親しい人の死・喪失といったテーマを自分が冷静に取り扱えないからこそ、自分が、苛酷な移住・移動の経験を「トラウマ的な物語に固定」する傾向があることに気付いたのである。

第二に、ミリアムは、移民の病いの意味を解釈するときは、その他者性を常に考慮すべきだという考えにも囚われていたといえる。ミリアムが難民の青年に「虚を突かれた」というのは、苛酷な移住・移動によって青年が病んでいるのではないことに驚いたからだけではないと筆者には思われ

る。異文化圏出身の青年が、同じ年頃のイタリア人も気に病むような就労や恋愛に関する問題について語ったことで、自分が、はじめから青年を文化的に異なる者とみなしていたことに気付いたからだとも考えられる。

ここでミリアムが経験したのは、人類学者のファビアンの議論が示唆していたような、他者とやりとりする最中に得られる理解の不完全性あるいは暫定性だったといえる。青年がミリアムに語った苛酷な経験は、「展開するために時を必要とするような他者の経験」(Fabian 1990:769)であった。ミリアムは、青年を客体化し、その経験を適切に解釈できるようになるために、まず自分自身について学ぶことに時間をかけたのである。このときミリアムは、親しい人の死のようなテーマを冷静に取り扱えなくなった切っ掛けとなった、過去の出来事も振り返ったはずである。他者の理解を試みる時、他者を思い出すことだけでなく、時には、過去の自分自身を思い出すことも必要なのである。

さて、臨床家の間で、苛酷な移住・移動の経験とトラウマを関連付ける傾向は、難民の年齢が低くなるほど強くなるようである。そこで、次に、同伴者のいない未成年とおぼしき移民の主治医になったという、精神科医の語りを見ていくことにしよう。

苛酷な移住・移動の経験と精神障害を関連付けるレトリックを評価する

近年、UAM (Unaccompanied Minors, 以下 UAM と記す) という略称で知られる、親などの同伴者がいない未成年の難民が増えている。2014 年から 2018 年にかけて、戦争や内紛、貧困から逃れ EU 加盟国に入国した約 130 万人の未成年者のうち、約 22.5 万人が UAM であった (Council of Europe 2018, UNICEF 2020:1)。そうしたなか、UNICEF の報告では 2014 年～2019 年までにイタリアに入国した UAM は約 7 万人と推計されており (UNICEF 2020:1)、その 95.3% は男性で、63.8% が 17 歳だったという (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2020: 3)。UAM は一般的な集団や同伴者がいる未成年の難民よりも精神障害の発症率が高くなるとする研究が数多く発表されており (Huemer et al. 2009, Lustig et al. 2004, Michelson and Sciare 2009)、UNICEF は 2020 年から EU とともに、イタリアに上陸する UAM の保護と、心身の健康の権利を保障することを目的とした保健事業をシチリア州とカラブリア州、ラツィオ州で立ち上げている (UNICEF 2020:1)。

次に取り上げるのは、UAM がイタリアで見受けられるようになった時期に、UAM と思しき青年に精神障害の診断を出し、青年の保護に努めたという精神科医コジモの語りである。50 代のコジモは総合病院に勤めており、難民を対象とした精神保健事業にも積極的に参加する精神科医である。後日コジモは、主治医となった青年を精神障害者と診断したことが誤りであったと理解する。だが彼は、自分の誤りを反省するのではなく、それが年若い移民の青年にとって何を意味していたのか考察している。この青年について終始穏やかな口調で語ったコジモの話の話を次にみていくことにしよう。

この青年は非常に謎めいていた。何ヶ月ものあいだ入院していた。（中略）彼は、精神科病棟で暮らしていた。何ヶ月も。私たちの誰もが、彼を守ろうとしていた。彼が若かったからだ。18 歳か 19 歳ぐらいのように見えた。それで…私たちは、とある名前で彼を呼んでいたのだよ。私たちは、彼が Y 国の出身であると心得ていたのだが、ずいぶん後になって…ほぼ 1 年後に、彼の名が偽名で、Y 国の出身でもないことが判明した。青年は、こうした状況をうまく利用していたのだよ。薬の服用もしつつ、あらゆることを、まるで（本物の）患者であるかのようにこなして、患者を演じていた。（精神障害者として）レッテル貼りをしてもらう事は、彼にとって、イタリアに残るための唯一の方法だったということとは明らかだった。往々にして、レッテルはツールとなり、利点となる。それがあれば、精神障害という「付加価値」がない移民は望めないような厚遇を受けられるからだ。

コジモは、青年にとっては精神障害者と診断されたことが、好都合であったことを指摘している。筆者が聞き取りを行った臨床家らによれば、この事例の青年のように、嘘を吐く者は少なくないという。例えば、昨今、UAM に限らず、母国からリビアへ移住して暫く働いた後、地中海をわたり、迫害や拷問を受けたというなんらかの物語を「でっちあげ」イタリアで難民認定を受けようとする者がいるという。コジモの経験は例外的なものではないのである。

コジモは、臨床家らのあいだには、UAM は精神障害を発症しやすい、と考える傾向が強くあることを、否定的には捉えていないようである。コジモは、精神障害に苦しんでいたわけではない青年にたいして精神障害者という診断をくださったことを反省しているわけではない。また、自分たち

を騙した青年を非難することもなく、終始穏やかな口調で青年について語っている。青年にとって精神障害者を装うことは、「イタリアに残るための唯一の方法だった」というコジモの発言は、苛酷な移住・移動の経験と精神障害を関連付けることは、イタリアに定住を望む移民にとって有利に働く場合もあることを示唆しているのである。

コジモの語りで示されたように、苛酷な移住・移動の経験と精神障害を関連付けるか否かという臨床家らの判断は、難民の将来を決定付けうる。では、臨床家たちは、年若い難民の将来を慮り、精神障害を診断するとき、特に考慮が必要とされないような苛酷な移住・移動の経験と精神障害を関連付けるようなことはあるのだろうか。そこで、次に、苛酷な移住・移動の経験と関連付けられない精神障害に苦しむ若い難民が、難民の帰還プログラムを利用できるようにするため、苛酷な移住・移動の経験を考慮した診断をしたという、精神科医の語りを見ていくことにしよう。

二つの診断を併存させる

多くの難民が、弁護士から促されて、精神科医や心理士の診察を受けるという。苛酷な移住・移動の経験により PTSD を発症したという診断書を難民審査委員会に提出できる庇護申請者は、難民として認定されやすくなるからである。医師で人類学者でもあるファサンと精神科医のレシュトマンによれば、難民審査委員会はトラウマに注目するようになっている。身体的な傷跡を拷問によるものか否かを判断することが困難であることと、近年、身体に傷跡を残さない手法の拷問が行われるようになったからである (Fassin & Rechtman 2009: 258, 260, 265)。こうして、昨今、難民認定の申請をする者の話の信憑性を検証する際、精神的な「傷跡」であるトラウマが拷問を受けた「証明」として用いられるようになり、診断書を書く精神科医や心理士は、難民の話の証明をする「専門家の証言者」(ibid.:274)になったと、ファサンとレシュトマンは述べている。

筆者が聞き取りをした臨床家らによれば、一部の難民は、精神障害者とみなされることに抵抗を覚え、診断名をつけられることを拒む。だが、殆どの難民は PTSD の診断書を得ることを難民認定のための一つ的手段とみなし、面談に通ってくるのだという。こうして臨床家たちは、PTSD の診断書を求めてやってくる難民の大多数が、病いの適切な解釈と治療を必ずしも必要としているのではないことを知っている。そして時には、適切な精神保健サービスを提供するためというよりも、難民として認定されるよ

うに PTSD の診断書を書かねばならないことを受け容れているのである⁹⁵。これを、好ましいとは言えない状況だと嘆く臨床家たちがいる一方で、歓迎する臨床家もいるはずである。通常、弁護士は、自分がよく知る医療機関や臨床家を難民に紹介するため、特定の弁護士から継続的に難民を受け容れることができる臨床家にとって、これはビジネスになるはずなのである。

次に取り上げるのは、難民の青年にたいして、その苛酷な移住・移動の経験と精神障害を関連付けた診断書を書くことで、難民のための帰還プログラムが活用できるようにして、青年の支援を図ったという精神科医イーヴォの語りである。60代のイーヴォは、現在、都心部の地域精神保健局で働いている。イーヴォが主治医となった青年は中東の少数民族の出身で、紛争で父を殺され、17歳の時に従兄と共にイタリアに逃げてきたという。青年の従兄は、イタリア社会に適応し、職も得て生計を立てられるようになったが、青年は巧く適応できなかったという。次第に、アルコールや麻薬に溺れるようになった青年は、ある日、人に大けがをさせて逮捕され司法精神病院に入院した。長期間の治療にもかかわらず、青年には、暴力的になるという症状が繰り返しみられたため、裁判官は、刑期を終えようとしている青年に聞き取りをしたうえで、今後どのように対処するか判断することにしたという。そこで、イーヴォと青年の支援者らは、連絡が取れなくなっていたという青年の従兄を探し出し、母国にのこっている青年の家族と連絡をとり、話し合いをしたという。

私たちは、青年の親族と話し合ったうえで、親族が青年の帰国を願っていることを記した宣誓書を用意してもらい、送ってもらうことにした。そして私は、裁判官に報告書を提出して、青年を母国に、生家に、家族のもとに送り届けるほかない、と述べた。今はただ、裁判官が（判決を先送りせず）予定通り判決を下すことを願うまでだ。そうなれば、この事案は終了となり、彼は帰国できる。だが、彼は薬物を使用した。これは、見ようによっては問題となる。彼の精神障害の分類をするときにね。そこで私たちは PTSD の診断を出すこと、つまり、難民であるから青年が病んでいる、ということを経験にのこった診断名を付けることを（青年の親族と）取り決めた。青年は、統合失調症と診断できる、ということをおぼわさないですむようにするためだ。これ（統合失調症の診断）だと、手続きがややこしくなるからね。今、私たちは、どのようにすれ

ばうまく彼を帰国させられるか模索している。とにかく、その第一歩となるのが、司法上の手続きを終えることだ。

イーヴォは、難民の精神障害に診断名をつけるとき、苛酷な移住・移動の経験を考慮するか否かの判断をつけるには、精神医学的な視座から検討するだけでは十分ではないことを認識している。難民の精神障害が苛酷な移住・移動の経験と関連付けられないとき、精神医学的に診断可能な疾患名をつけると、難民が特定の支援を受けられなくなる場合がある。そこでイーヴォは、イタリア社会に適応できずアルコールや薬物を使用するようになった青年の精神障害を統合失調症と診断して治療をすすめる一方で、青年が刑期を終えて難民帰還プログラムを利用して帰国できるよう、苛酷な移住・移動の経験と青年の精神障害を関連付けた PTSD という診断名を付けたのである。これは、移民の実際の症状にもとづき苛酷な移住・移動の経験を考慮しないという実質的な診断と、苛酷な移住・移動の経験と PTSD を関連付けるレトリカルな診断を併存させ、場面毎に使い分けようとする試みだといえる。

このときイーヴォは、二つの場面で、従来の立場から退いている。第一に、イーヴォは精神障害の診断名を付ける場面で、唯一の専門家としての立場から退いている。苛酷な移住・移動の経験を考慮した診断名を付けるか否かの判断をするとき、彼は、青年の親族や支援者と協議したからである。イーヴォは、他者性の解釈を第三者に委ねた人類学者のタウシグやクラパンザーノのように、唯一の解釈者の立場から退いているのである。イーヴォにとって特に重要な協議相手は、青年の親族だったと思われる。この事例についてイーヴォが語った時、イーヴォが苦労して青年の母国の親族と連絡を取り、話し合いを重ねたことを繰り返し筆者に述べている。イーヴォが、青年の将来だけを慮ってこのような措置をとったとは、筆者には思えない。精神障害者と診断されること、そして精神障害者を家族のなかに抱えることがスティグマとなる国や地域も少なくないなか、青年の親族と協議して診断名を決めたのは、親族と青年の今後の生活も見据えてのことだったと考えられる。

第二に、青年の家族の同意を得て、PTSD の診断名をつけたイーヴォは、裁判所と向き合う場面で、ファサンとレシュトマンがいうような「専門家の証言者」(ibid.:274) という立場からも退いている。つまり、苛酷な移住・移動の経験と精神障害の精神医学的な関連を証明するという役割から退き、苛酷な移住・移動の経験と精神障害を便宜的に関連付ける役

割を選択しているのである。イーヴォの語りから、臨床家らの間では、苛酷な移住・移動の経験を考慮するか否かという判断は、精神医学的なレベルと、難民の支援というレベルで、別々に行われる、ということが推察できるのである。

本節では、筆者が出会った臨床家らの語りをとおして、彼らが、病的意味の解釈や精神障害の診断を試みる時、トラウマをもたらさうような苛酷な移住・移動の経験をどのように捉え、どのように考慮しているのかを検討してきた。臨床家らは、苛酷な移住・移動の経験が必ずしも精神障害をもたらすわけではないことを学び、また、苛酷な移住・移動で難民はPTSDを発症するというレトリックが、難民のために便宜的に利用できるものであることを認識するようになっていた。次章では、これまでの議論をふまえ、考察をおこなっていくことにしよう。

5.4 「脱-臼 (dis-location)」

ここまで、筆者が行った聞き取りと参与観察の結果をとおして、筆者が出会った臨床家らが、移民の病的意味の解釈や精神障害の診断を試みる時、移住・移動の経験を考慮するか否かの判断をどのようにつけようとしているのかを、三種類の移住・移動の経験をとりあげながらみてきた。まず、社会適応としての移住・移動の経験は、移民にとっては両義的であり、常に考慮が必要というわけではないことが認識されるようになっていた。第二に、臨床家らは、移住・移動により移民が家族と離れ離れになる経験をすることが、常に移民の精神状態に悪影響を及ぼすわけではないことに気付く機会を得ていた。第三に、臨床家らは、トラウマをもたらさうような苛酷な移住・移動の経験が、必ずしも難民に精神障害をもたらすわけではないことを認識する一方で、苛酷な移住・移動の経験と精神障害を関連付けるレトリックは、難民のために便宜的に利用できるものとして評価していた。では、病的意味を解釈したり精神障害に診断名をつけた時、臨床家たちは、移住・移動の経験を考慮するか否かの判断をどのようにつけようとしている、といえるのであろうか。

まず、臨床家らは、特定の考え方だけに依拠しないよう努めるのだといえる。臨床家たちは、イタリア社会に適応しているといえる、精肉店で働くことで病むようになった青年や、夫婦関係という側面で文化的な変容が進んでいなかった移民夫妻との面談をとおして、ホスト社会に適応することが移民にとって両義的であることや、適応していないことが常に精神障害の発症を促すわけでもないことを学んでいた。家族の「伝統」に則り病

んだと解釈できる青年の事例や、イタリアに呼び寄せた息子とコミュニケーションがうまくとれないという介護人の事例をとおして、携帯電話や家族呼び寄せによって繋がった家族が病む場合もあることを、臨床家らは認識するようになっていた。そして、難民の青年たちと出会った臨床家らは、苛酷な移住・移動の経験が、必ずしも PTSD などの重篤な精神障害をもたらすわけではないことを認めていた。移民の移住・移動の経験を適切に考慮しようとする臨床家らは、移住・移動の経験にまつわる複数の考え方、そして相反する考えかたをも共存させ、使い分けようとしているのである。

臨床家らが、移住・移動の経験という移民の他者性をこのような形で扱うのは、イタリアの精神保健分野においては初めてのことでない。この点については、人類学者のデリア・フリジェッシ⁹⁶による論考が参考になる。フリジェッシは、移民が病人や障害者とみなされる傾向が強いことを『Passaggi di confine: Etnopsichiatria e migrazioni (境界線の移動：民族精神医学と移住)』（De Micco e Martelli eds. 1993）と題された論文集で批判しているのだが、そのなかで、イタリアの臨床家らの間で、移住・移動と精神障害の関心に注目が集まったのは、1960年代になってからのことであるという指摘をしている（Frigessi 1993:47）。第二章でも言及したように、この時期、イタリア南部から経済的に豊かな北部への移住者が急増したことから、北部の「移民」である南部人にたいして精神保健サービスを提供する必要性が生じたからである。そこで、1963年に、ロンバルディア州のミラノで、移住・移動と精神障害の関係を初めて取り扱った「移住、労働と精神疾患」と題された学会が開催され、1974年には、同州のヴァレーゼで、第二回目の学会「国内移住の精神力学と社会力学」が開催された（ibid.）。双方の学会の講演や研究発表の記録を読んだフリジェッシによれば、学会は、移住・移動を病的逸脱の要因として捉える理論と、移住者とそうでない者の精神障害には実質的に違いがないとする理論との間で常に揺れ動き、多様な仮説が対立することもなく共存していたという（ibid.）。

それから半世紀ほど経過した現在、国外からの移民の移住・移動の経験に注目するようになったイタリアの臨床家たちは、人類学者のロサルドが首狩族から、徴兵制度が非倫理的であることを指摘され、自己の異化を体験したように、自分の他者性を認めることで、移住・移動の経験という移民の特異性を適切な形で取り扱おうとしている。例えば、移民夫妻に家族療法を行った臨床家らは、自分たちが追求する夫婦関係のありかたがイタ

リアの文化的特性であり、それが移民夫妻の精神状態の安定に必要とされているわけではないことを学ぶことで、移民夫妻の病いの適切な解釈が可能となっていた。家族に電話することで病んでいった青年について語った臨床家が、青年と家族がつながりを維持していることに驚いたとき、それは、自分自身の一側面としてそれまで意識することがなかった、家族とのつながりは近くに住まうことで保てると考える傾向が強いイタリアの文化的特性に気付く機会となったかもしれない。トラウマではなく若者の誰もが抱えるような問題に悩む難民の青年に「虚を突かれた」臨床家は、臨床家として死や喪失といったテーマを冷静に取り扱えない自分の特異性を認める事で、青年の苛酷な移住・移動の経験が、青年本人にとって何を意味するのかを正しく理解できるようになった。精神障害者を装っていたという青年について語った臨床家は、青年を精神障害者と診断した自分が、難民でも未成年でもなかったかもしれない青年のイタリア定住を図らずも促進していたことに気づき、苛酷な移住・移動の経験と精神障害のレトリカルな関連付けが、難民のイタリアにおける身分を大きく左右しうることを学んでいた。さらには、難民の青年を帰国させるようとする臨床家は、通常、難民の主治医として担うことが求められる、苛酷な移住・移動の経験と精神障害の精神医学的な結びつきを証明する役割ではなく、苛酷な移住・移動の経験と精神障害を便宜的に結び付ける役割を担うことで、難民を支援できるということに意義を見出していた。

特定の考えかたに依拠せず、自己の異化を経験することで、移住・移動の経験を考慮するか否かの判断をつけようとするイタリアの臨床家たちは、思想家のナンシーが論じるような「一方から他方へと移行」を意味する「脱-白 (dis-location)」(Nancy 1999:46)を繰り返しているといえる。臨床家らは移民という他者をつうじて自分自身の他者性に気付いていくことで、病いの解釈や精神障害の診断の場面で、移住・移動の経験を適切な形で考慮しようとしているのである。こうして臨床家らは、あらゆる考えかたを受け容れること、臨床家としてあるいはイタリア人としての自分自身を常に見直していくことが、移住・移動の経験という移民の特異性のみならず、文化的差異や社会的差異を含めた他者性の適切な取り扱いにつながっていくことを、認識するようになっていくと考えられる。

本章では、移住・移動の経験という移民の特異性をとりあげ、参与観察と聞き取り調査の結果をとおして、筆者が出会った臨床家らが、病いの解釈や精神障害の診断を試みるとき、移住・移動の経験を考慮するか否かの判断を、どのようにしてつけようとしているのかをみてきた。臨床家らが

移住・移動の経験を常に考慮の対象とみなすのは、それが、移民とそうでない者との明白な差異であるからなのだが、その一方で、明白ではない移民の他者性をどのように認識していくのかということも、臨床家たちにとっては問題となっている。そこで次章では、潜在的であるがゆえに看過されがちな他者性の顕在化が、どのようにして図られようとしているのかをみていくことにしよう。

第6章 移民の他者性の顕在化

第三者の介入をとおして潜在的な他者性の顕在化を図る臨床家らによる省察の検討

臨床家が取り扱わねばならない移民の他者性とは、移住・移動の経験のように、臨床家と移民との間の差異として常に明確に認識されうるものばかりではない。しかも、判然としない移民の他者性とは、臨床家にとってあまり馴染みのない地域の出身者の文化的特性だけを意味するのではない。顕在化が非常に難しい他者性として、人が当たり前だと思っている事柄が挙げられる。当たり前だと見なされていると、文化的特性や社会的特性、特異性などとして認識されにくいのである。

例えば、人類学者であるレナート・ロサルドの経験が、分かりやすい事例である。ロサルドが徴兵されるかもしれないと知ったイロンゴットたちは、「どうして人間が兵士のように振舞い、自分の兄弟に戦線へ行けと命令することができるのだろうか」(Rosaldo 1998[1989]:97)とロサルドに問うたことから、ロサルドは、米国人にとって当たり前のものである徴兵制度が、首狩の風習があったイロンゴット族にとっては倫理的に受け入れ難いものであることを知った。彼はこのとき初めて、イロンゴット族の倫理観と米国人の倫理観の間に大きな隔たりがあることに気付いたのである。人は、自分にとって当たり前になっている事柄が、他の者にとっては不自然であったり、異質でありえたりすることに、なかなか気付くことができない。こうした場合、他者との差異は顕在化しにくく、看過されやすくなるのである。

では、看過されやすい文化的・社会的差異や特異性は、どのようにすれば見出すことができるのであろうか。そこで、再び、人類学的な研究を参考にしたい。序論でみたとおり、クラパンザーノは、現地人の調査助手であるラハセンが研究対象者の「文化や社会についての諸表象」について情報を提供したと述べている(Crapanzano 1980:248-249)。一方、タウシグは、現地人の共同研究者とともに研究対象者の解釈をすすめることで、より妥当な解釈が可能になることを示唆している(Taussig 1993)。クラパンザーノもタウシグも、他者性の解釈を行う上で、第三者の介入の有用性を指摘していた。

第三者の介入をとおして、看過されがちな移民の文化的・社会的特性や特異性を顕在化させるという試みは、臨床家らの間で既に行われている。例えば、家族療法では、移民の家族成員とホスト市民の家族成員にたいし

て家族療法家が第三者となり、移民の家族成員とホスト市民の家族成員の間にある差異を見出し指摘する。家族療法を取り扱った現在までの研究では、国際養子縁組や国際結婚により家族となったホスト市民と移民は、両者の類似点や共通点だけでなく、差異も認識せねばならないことが指摘されているのである。

まず、国際養子縁組の場合、多くの養父母には、養子の実父母と自分たちの差異を認めることを否定的に捉える傾向が見受けられ (Quellette and Belleau 2001:27)、養子も自分が「異質」であることを肯定的に受け容れられず、自分自身をホスト市民とみなすことが多いという (Tizard 1991:754, Beckett, et al. 2008)。しかしながら、家族成員の間で養父母と養子の差異を顧みないことは、例えば、養子のアイデンティティの一部の否定に繋がりがねないため (Tizard 1991:754)、臨床家は、養父母も養子も差異があることを認め、差異と適切な形で向き合えるよう導くべきだとされているのである (Friedlander 1999, Lee 2003)。一方、国際結婚をした夫妻は、夫妻の間にある文化的差異に気付いていない場合があるという (Rubalcava & Waldman 2004)。夫妻が文化的な差異に向き合うことで、良好な関係が維持できる可能性も示唆されているため (例えば Oglosky et al. 2017, Troy et al. 2006)、夫婦関係の改善を目指す臨床家は、面談で、文化的差異を取り上げる必要があるとされているのである (Bacigalupe 2003, Seshadri and Knudson-Martin 2013, Rubalcava & Waldman 2004:236)。

さらに、イタリアの精神保健サービスでは、臨床家と移民のあいだで言語・文化的な仲介をするメディエーターと呼ばれる人々が、面談に同席する。メディエーターは、臨床家と移民にとっての第三者となり、後述するとおり、臨床家と移民の間にある差異を特定し明確化する役割を担う。その大多数が移民であるメディエーターは (GLI 2014)、人類学者とともに研究対象の解釈を試みる共同研究者のように、臨床家らからは同僚とみなされ、病いの解釈のみならず、治療方針についても臨床家と話し合うのである (Ancora 2006:160, Harrag 2017[2007]:84, Losi 2010:132)

そこで本章では、面談の場面でイタリア人と移民のやりとりに介入し、潜在的な他者性を顕在化させつつ病いの解釈を試みる、第三者の働きに注目する。面談に介入する第三者に関する、現地調査で得られたデータとイタリアの臨床家らによる論考を検討することで、潜在的であるがゆえに看

過されやすい移民の他者性が、第三者の介入により、どのように顕在化されると考えられているのかをみていく。そうすることで、潜在的な他者性の顕在化を図るイタリアの臨床家らが、介入する第三者にたいしてどのような働きを求めているのかを論じていきたい。

本章の構成は次の通りである。第1節では、筆者が参与観察を行った、移民の家族成員とイタリア人の家族成員からなる家族を対象とした、家族療法の面接をとりあげる。まず、日本では家族療法はイタリアのように広く行われているとはいえないため、その概要を述べる。その後、臨床家らが、家族成員の間のインタラクションを観察し、主にイタリア人の家族成員にたいして移民の家族成員の視座を明示することで、イタリア人の家族成員が、移民の家族成員との間にある文化的差異などに気付いていく様子を叙述する。第2節では、移民と臨床家の間で言語・文化的な仲介を行い、イタリア内務省により移民の差異を伝える者だと定義されているメディエーター (Ministero dell'Interno 2009) を取り上げる。筆者が聞き取りを行った臨床家らの語りと、メディエーターの働きに関する文献研究の結果を検討することで、臨床家らがメディエーターにどのような役割を期待しているのかをみていく。そうすることで、看過されやすい移民の他者性が、メディエーターの介入によりどのように見出されうるのかを詳らかにする。最終節では、筆者が出会った臨床家らは、移民とイタリア人の間にある、看過されやすい潜在的な差異を見出すため、第三者を「鏡」のようにして用いようとしていると論じていく。

6.1 夫婦や親子にたいする第三者としての家族療法家

家族療法家は、家族成員どうしのやりとりを観察し、やりとりの解釈をとおして問題のあるやりとりの改善を図る。そこで、家族療法家は、家族成員たちにたいする第三者、いわば「よそ者」として家族成員どうしのやりとりに介入するのである。これは、臨床家と移民のやりとりを支援するために、臨床家と移民のやりとりに介入するメディエーターとの相違点である。また、家族療法家は、国際結婚や国際養子縁組で家族となった家族成員にたいして面談を行う場合、移民の家族成員とホスト市民の家族成員のあいだにある差異を評価することになり、各家族成員が潜在的な差異を認識できるよう図っていく。これは、メディエーターとの共通点である。

家族療法家らの参考書である『民族性と家族療法』（初版1996）を編集した家族療法家のモニカ・マクゴールドリックらは、家族成員間の差異について次の様な指摘をする。家族成員の間に文化的な差異がある場合、

どの家族成員も、自身が属する文化圏や社会層で形成された価値観に則り行動しているということに、家族成員どうしでは気づけない

(McGoldrick et al. 2005: 28)。マクゴールドリックらによれば、そうしたとき、家族療法家は「文化の仲介者」(ibid.)の役割を担わねばならない。例えば、家族成員同士が、文化的あるいは社会的に形成された特定の行動を自分へのあてつけと取ることがないよう、家族療法家は配慮していかねばならないのである(ibid.:27)。

そこで本節では、筆者が参与観察を行った家族療法の面談の様子を紹介しながら、移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる家族療法家が、国際養子縁組の親子や国際結婚の夫妻の間にある、潜在的な差異の顕在化をどのように図っていくのかをみていくことにする。なお、家族療法は日本ではあまり一般的とはいえず、どのような形で面談が行われるのかよく知られていないため、まず、家族療法の特色について概説する。その後、イタリア人の妻と移民の夫が参加する面談、そして国際養子縁組で家族となったイタリア人夫妻と移民の姉妹が参加する面談の様子をみていくことにしよう。

家族療法の特色

家族療法とは、家族を一つの単位、一つのシステム(体系)⁹⁷とみなし、家族全員を治療の対象とする療法である。個人療法の限界が明らかになってきたなか、新たな療法として1950年代から行われるようになってきたという経緯がある。例えば、非行少年のように、特定の状況に強く影響されている場合は、個人のありかたにのみに働き掛けても高い治療効果は望めない(Clark 1985, Minuchin et al. 1967)。そこで、家族療法では「個人の問題をこの状況、つまり、とりわけ家族という脈絡の中でとらえようと」、「そこ(家族成員の間)にある対人関係のプロセスのほうに注目する」(Barker 1993:23)。家族療法をおこなう臨床家が観察するのは、家族成員の間で行われるやりとりなのである。

家族療法では、家族療法家が、観察した家族成員の間のやりとりを解釈し、その解釈を家族成員のまえで披露するという手法がある。面談中に家族成員の間で起こる出来事を、臨床家が見たまま描写したり、臨床家が観察した各家族成員の行動の関連を指摘したりすることで、やりとりに変化をもたらそうとするのである⁹⁸。例えば、非行少年の問題行動が、親のしつけの仕方によって強化されていると考えられる場合、家族療法家は、親

子の間のやりとりを描写することで、親が自分自身の行動に問題があることに気づけるよう導くのである (Patterson 1976)。

このとき、家族成員の間のやりとりの観察と解釈が、複数の臨床家により行われることが、家族療法の大きな特色だといえる。イタリアでは、複数の臨床家が、ワンウェーミラー⁹⁹とよばれるマジックミラーがはまった壁で仕切られた面談室と観察室に、それぞれ分かれて入室したうえで、面談を行うことが理想的と考えられている¹⁰⁰。臨床家は、各人が担う役割に応じて、面談室か観察室のどちらかに入室する。面談室には、ビデオカメラとマイクが設置され、壁面のひとつにはワンウェーミラーが嵌め込まれている。一方、ワンウェーミラーの向こう側に設けられた観察室には、ズーム画像を映し出すモニターと面談室のマイクがひろく音声を聞くためのスピーカーが設置されている。さらに、両室はインターフォンで繋がっているため、面談室の臨床家と観察室の臨床家は、面談中に会話ができる。

筆者が観察した家族療法は、イタリアの家族療法家のあいだでは理想的とされているセッティングで行われた。家族と直接話をする2名の臨床家は、家族が待つ面談室に入室し、常に総勢10名ほどであった臨床家と研修生たちは、ワンウェーミラーで隔てられた観察室に入室した。なお、次に紹介する家族療法の二事例では、セッションの途中で、面談室の臨床家が観察室に入ってきて意見交換をすることもあったうえに、面談前と面談後に、臨床家と研修生が出席するミーティングも行われた。どちらのミーティングにも参加した筆者は、面談の様子を記述するにあたり、意見交換の場だけでなく、ミーティングで臨床家や研修生が口にしたコメントなども参考にしたことを断っておく。

住まいに関する価値観の相違を指摘する

まず、イタリア人の妻と英語圏からの移民の夫という30代の若い夫妻を対象とした家族療法の様子を見ていくことにしよう。ここでは夫をボブ、妻をエンマと呼ぶことにする。夫妻には娘が一人いるが、幼少のため面談には参加していない。面談前に行われた、臨床家と研修生が参加したミーティングでは、夫妻に関するデータを管理している研修生から、夫婦はそれぞれ鬱と診断されており、夫婦間のコミュニケーションに問題があるという説明があった。

この夫妻の面談では、言語の扱われ方に、大きな特色がある。ボブは、イタリアに移住してから三年以上経つのだが、いまだにイタリア語での意思疎通が覚束ない。一方、面談室に入る男女2名の臨床家の一人である

40代男性のレーモは、英語があまり得意ではない。そこで、臨床家らは、妻のエンマに通訳をさせているのである。もう一人の臨床家で、英語を解する40代のカルラによれば、エンマの通訳には彼女の「言い分」が入り込む。エンマは、夫の発言を訳すときに、自分の意見を紛れ込ませるのである。

面接の時間になると、参加者は全員、事前ミーティングが行われる部屋を出た。カルラとレーモは面接室に向かい、観察を担当する臨床家と研修生、筆者は観察室に入った。夫妻は研修生に案内されて既に入室しており、鏡のほうに向いて並んで座っていた。一方、カルラはエンマの前の席、レーモはボブの前の席に座り、観察室に背中を向けた。これが、この面接での臨床家たちと夫妻の定位置である。

面接の冒頭で、カルラたちはボブにむかって、なぜ鬱になっているのか、と尋ねた。ボブは、母国の家族との確執や列車事故で兄を失ったことが原因ではないかという話をしたのちに、エンマの態度にも言及した。ボブは、エンマが自分を無視すると述べたのである。だが、エンマはそれを訳する際に、夫婦の間でコミュニケーションが上手くいかない、と訳した。

この後、カルラたちは、夫婦に役割交替の課題を与えた。それぞれカルラとレーモになりきり、自分自身にアドバイスをするように、と指示を出したのである。そこで、エンマはカルラの席に、ボブはレーモの席に座った。このとき、カルラはエンマと互いの首に懸けられているものの交換も促した。カルラはエンマが首から提げていた鍵の束を、エンマはカルラが首に巻いていたショールを身につけたのである。また、イタリア人のレーモになりきらねばならないボブは、英語ではなく、イタリア語で話すよう促された。

催促されてボブは話し出したが、それは英語であった。彼は暫く話すと、エンマに訳をしてもらおうと口を閉じた。すかさず、カルラは「二人ともセラピストで、私たちの役割を演じるのだから、どちらもイタリア語で話してちょうだい。でないと私たちの立場に立つことはできないから」と述べた。しかしボブは、それは非常に難しいことだと渋った。臨床家たちは繰り返しボブを励まし、イタリア語で話してもらおうとしたのだが、ボブの口からは簡単なフレーズでさえ出てこない。結局、彼がイタリア語で話すことはなかった。

一方、カルラを演じるエンマは、「エンマが2週間かけてやってきたプロセスを台無しにして、混乱させてはだめよ、ボブ」と言って、主に、ボ

ブにアドバイスをすることに終始した。そうしたなか、レーモから英語で話すことを許されたボブは、次の様に言った。「どこからこの（問題となっている）感情がくるのか理解しないといけない、あなたが自分の感情をどのようにパートナーに投影するのか、自覚していなければいけない。」ここでは、ボブの発言のイタリア語訳にエンマの「言い分」が入り込むことはなかった。

この後、役割交替が終了し、それぞれが元の席に戻ると、話題は夫妻の新居へとうつった。エンマとボブは、ローンで家を購入したのであるが、これがボブにとっては精神的な負担になっているという。ボブには、ローンの支払いそのものよりも、購入した家に住み続けなければならないであろうことが辛いのである。するとレーモは「家をローンで購入したからといって、そこに一生住むわけではない。売ってしまうことも有り得るのだから」と言って、もっと気楽に構えるようアドバイスした。このとき、エンマの顔色がさっとかわり、眉を寄せたのであった。

さて、家族療法家のカルラとレーモは、エンマにボブの発言の通訳させることで、夫妻の間のどのような側面に差異があるのかを、確認することができている。カルラは英語を解するため、ボブの発言の内容とエンマの通訳の内容を比較できる。もしエンマがボブの発言をそのまま訳さず、「自分の言い分」を盛り込んだ内容へと変更するようであれば、そこに夫妻の見解の相違点があるということになる。例えば、ボブが自分の感情をどう取り扱うべきか、という問題点に関しては、エンマの訳の内容がボブの発言の内容と食い違うことはなかったため、夫妻の間には一定の合意があるとみなせる。しかし、夫婦間のコミュニケーションに関するボブの発言を訳する際、エンマはその内容を変更していたため、夫妻の見解に相違があるとみなせるのである。この場合、エンマはボブが言うように、彼を無視したつもりはなかった、ということが考えられる。

そのようななか、夫妻が認識することができていない差異を顕在化させ、その差異の尊重を促すため、レーモは、ボブにアドバイスをするという方法をとっている。持ち家率が非常に高いイタリアでは、購入した家に住み続けることが一般的であるが¹⁰¹、ボブは購入した家に住み続けることを負担に思っていた。レーモはこの点に着目し、大多数のイタリア人がするように購入した家にずっと住むべきだ、というようなことを言わず、「一生住むわけではない」から気楽に構えるようにとボブにアドバイスをしている。こうして、レーモは、一般的にイタリアでは異質といえる、住まいに関するボブの価値観を否定せず、肯定してみせているのである。こ

のときレーモは、ボブにたいして、ボブ自身の価値観の再評価を促しているといえ、だからこそ、エンマの顔色が変わったと考えられる。エンマは、夫婦の間で住まいに関する価値観に相違があることに気付いただけではなく、ボブの価値観も尊重すべきものであることにも気付いたのだと思われる。

養子の適応と家族のありかたに関する見解の相違を指摘する

続いてとりあげるのは、同じく11月上旬の午後から行われた、国際養子縁組をつうじて家族となった、イタリア人の夫妻と2名の移民の姉妹が参加する面談である。8年前、イタリア人の夫ジーノ（仮名、現在50代）と妻シモーナ（仮名、現在40代）は、南米からマリア（仮名、現在18歳）とその妹アンナ（仮名、現在9歳）を養子として迎え入れた。マリアは自殺未遂者であることから少年審判所が介入しており、現在、神経性無食欲症（拒食症）の治療もかねてグループホームで暮らしている。昨今、マリアが成人年齢（イタリアでは18歳）に達したため、夫妻は彼女を家に引き取ろうとしているという。以下、紹介するのは、全ての家族成員が参加する第一回目の面談である。

面談室に入るのは前述の事例同様、男女2名の臨床家である。40代の女性であるレナータは、難民収容所でソーシャルワーカーとして働いていた経験もある。同じく40代のブルーノは、個人経営のクリニックでは夫婦のセラピーを専門としている。面接前のミーティングでは、予めマリアと個別の面談を行ったブルーノが、マリアが「生物学的両親から見放された」ことに怒りを覚えているという報告をした。なお、姉妹はイタリア語を完璧に話すため、面談は全てイタリア語で行われた。

面接が始まると、レナータとブルーノはまずマリアに話しかけ、マリアが食事を摂れていることを確認したのち、マリアが鼻屑にしているサッカー・チームを話題に暫しお喋りをした。その後、レナータとブルーノは夫妻のほうに向き直ると、マリアが、家族と離れて暮らしている事に対して怒りを覚えている、と伝えた。レナータは、個別に面談をする機会があったマリアに向かって、「（家族の）暮らしから分離された、と言ったわよね」と確認したところ、マリアは両手を大きく振りかざしながら「そう、全てが間違いだった！妹は私を頼りにしているのに！」と怒鳴るようにして答えた。すると、母のシモーナは、マリアとの別居を決定するにあたり、少年審判所でどのような話し合いがあったのかポツポツと語り出した

のだが、それを遮るようにしてマリアは叫んだ。「姉妹を引き離すようなことがあってはならない¹⁰²！」

レナータが「もし私がマリアだったら、自分自身を適応させることは怖い、と思うでしょう」と夫妻に言うと、シモーナの目から涙が零れた。すかさずレナータは、面接室にあったティッシュの箱を母親に差し出したのだが、二人の間に割って入ったマリアはその箱を取り上げ、投げつけるようにして箱を元の場所に戻した。「私は傷ついた！」とマリアが甲高い声で繰り返し叫び出したので、ブルーノは、面接室にあったヘッドフォンを自分の耳にあててみせた。

マリアの叫び声が響く中、レナータが再び夫妻に向かって「もし私がマリアで、誰かが私を追い払おうとするならば…」と言い始めたところ、父のジーノが「（別々に暮らすという決断は）簡単ではありませんでした」とぼつりと言った。それを聞いたマリアは突如叫ぶのを止め、低く抑揚のない声で応じた。「（決断が簡単ではなかったということは）可能性としてはあるわね。（でも、簡単じゃなかったというのは）うそっぱち！」

この後、夫妻はようやく自主的に話し始めた。シモーナはマリアを家に迎えた当初、マリアが泣いてモノを投げつけるばかりで、なかなか打ち解けなかったと述べ、ジーノは、マリアがドアを蹴破ったとして、「このままではやっていけなかったのだ」と言った。それに対して、今度はブルーノが、再びマリアの怒りを代弁すると、ジーノは、マリアから自分の不在と、妻とのコミュニケーションの困難を咎められたと打ち明けたのだった。

さて、養子縁組そのものが問題となっている場合、面談中、養子が養父母を気遣って率直に話しにくい場合もあるという(Friedlander 1999:44, AAMFT 2021, Melina 1991)。そこでレナータとブルーノは、養女のマリアと個別の面談を行ったと思われるのだが、この際、養父母と養女の間にある顕在化していない差異に気付いたと考えられる。まず、レナータとブルーノによるミーティングや面談での発言から、マリアが、実父母から棄てられたことに怒りを覚えているだけでなく、養父母と妹から引き離されたという思いを抱いていることが、個別の面談で明らかになったであろうことが分かる。さらに、養父母に対するレナータの発言から、マリアが異国で養子となり、新しい環境に適応する時に覚えたと思われる恐怖心についても、何らかの言及があったと推察できる。こうして、臨床家たちは、養父母と養女という家族成員間には、次の二点に関し

て、見解の相違があることを確認し、その相違点の顕在化を図ったのだと思われる。

第一に、レナータとブルーノは、国際養子縁組における養子の適応に関して、見解の相違があったことを、養父母に対して明確に示している。国際養子縁組で、養子が養父母の国で暮らすことになれば、それまで抛り所としていたところを失い、異なる言語や食事、生活環境に適応していかねばならないのであるが、こうした喪失は養子の問題行動を引き起こす場合もある（Wilkinson 1995）。ところが面談では、養父母のシモーナとジーノからは、マリアとの別居を選択したことに関する釈明はあったが、イタリアで養父母との暮らしに適応しようと、マリアがこれまではらってきたはずである努力について、言及はなく、養子の適応に関して認識不足だった可能性がある。そこでレナータは、マリアが、新しい暮らしに適応するために大きなストレスを覚え、問題行動を起こしていた可能性があったことを、「もし私がマリアだったら、自分自身を適応させることは怖い、と思うでしょう」という発言で示唆したのであろう。つまり、レナータは、マリアを代弁する形で、家族成員間の見解の相違点を指摘しているのである。

第二に、レナータとブルーノは、家族のありかたに関しても、養父母と養女の間に見解の相違があったことを示している。実父母に棄てられたうえに、別のイタリア人夫妻の養子になった兄弟とも離れ離れとなったマリアにとって、家族と共に暮らすことは非常に重要であろうことは想像に難くない。だからこそ、家族と別々に暮らすことは「間違い」であり、「傷つく」ことなのである。レナータは、こうしたマリアの見解を明確化するため、「もし私がマリアで誰かが私を追い払おうとするならば…」という挑発的な言い回しをしたのだと考えられ、また、繰り返しマリアの代弁をすることで、家族のありかたに関するマリアの見解を理に叶ったものとして強調してみせているのだともいえる。

面談中、レナータもブルーノも執拗といえるほど、マリアの代弁を繰り返したのであるが、これは養父母の認識不足を指摘するためだけではなく、マリアのために、養父母の見解を引き出し、明確化するためでもあったと、筆者には思われる。面談中、積極的に話したとは言い難い養父母は、臨床家たちの「挑発」をうけて、それぞれ、別居にいたるまでの経緯を説明したうえ、ジーノは「このままではやっていけなかった」と思いつつも、マリアとの別居を決めることは「簡単ではなかった」と述べているからである。こうして、マリアも養父母と自分の間に見解の相違があった

ことに気付いたと思われ、だからこそ突如叫ぶのを止め、養父母にとって別居の決断が簡単ではなかった可能性もあったことを認めた、と考えられるのである。

本節では、国際結婚と国際養子縁組で家族となった、移民とイタリア人を対象とした家族療法の面談の様子を紹介することで、夫妻や親子の間のやりとりに第三者として介入する家族療法家らが、移民とホスト市民の間にある差異をどのように見出し、その顕在化を図るのかをみてきた。家族療法家らは、家族成員に通訳をさせたり、個別の面談を設けたりといった形で、家族成員の価値観や見解を個別に見極める工夫をしており、家族成員間の相違点が明らかになると、移民の価値観や見解を肯定してみせ、その尊重をイタリア人に促していたといえる。続いて、第三者としての働きを検討していくのは、メディエーターである。メディエーターは、臨床家と移民のやりとりに第三者として介入し、移民とホスト市民の間にある差異の顕在化を図るとされているのだが、それがどのように行われるべきだと臨床家らが考えているのかをみていくことにしよう。

6.2 臨床家と移民にたいする第三者としてのメディエーター

本節では、文献研究と聞き取り調査の結果をとおして、移民の潜在的な他者性の顕在化を図るイタリアの臨床家たちが、メディエーターにたいしてどのような役割を期待しているのかを検討していく。まずメディエーターの概要について述べるために、医療通訳との相違点を、話者としての位置づけと、言語の扱い方という二つの観点から比較する¹⁰³。その後、メディエーターに関する臨床家たちの論考と語りを参考にしながら、面接に同席するメディエーターが、もう一人の移民として、そして、もう一人の臨床家としても振る舞うことを、臨床家らが期待していると指摘していく。

なお、文献研究では、次の様な資料を用いることを申し述べておく。精神保健分野におけるメディエーターについての論考は、主に、異文化・移民の精神保健を取り扱う専門書の一節や論文集などで発表されている。著者は、精神科医が多いが、心理士のフィリッポ・カサデイの議論は示唆に富む。民族言語学者・人類学者として移民の精神保健分野のメディエーターと医療者の育成に携わり始め、後に心理士の資格も得たカサデイは、メディエーションの専門家として知られている。そこで本論では、カサデイの議論を中心に上げていくことにする。

医療通訳とのちがい

イタリアの各種公共機関においては、80年代後半から、文化間メディエーター（以下、メディエーター）と呼ばれる人々が活躍している。その8割近くが移民女性であるメディエーターは、2014年には全国で約8000名を数えると報告されている（GLI 2014）。メディエーターとして働くには、養成機関で少なくとも総講義時間数450～600時間（そのうち3～5割は研修）の基礎課程を修了し、州の認定試験に合格しなければならない。カリキュラムは各州で異なり、基礎課程のほか、保健や教育など複数の専門課程も設ける州もあれば、その時々ニーズに基づきカリキュラムを組む州もある。このような地域差があるのは、メディエーターの養成が移民集住地域のNPOや地方自治体によって担われてきたからである（Casadei e Franceschetti eds. 2009）。

イタリア初のメディエーター養成講座は、90年にミラノのボランティア医療団体ナーガ（NAGA）によって行われた（Susi e Fiorucci 2004:128）。この時、医師たちが望んだメディエーターとは、患者が求めるサービスが保健に関連するか否かに拘わらず、メディエーターは医師に対して、患者が何を必要とするのかを説明し、どのようにすれば患者の要求を満たせるのかを示すことができる者であった（Castiglioni 2002:100）。当初から、メディエーターには通訳だけではなく、保健に限定されない幅広い分野における支援が期待されていたのである。

以来、医療分野全般で、メディエーターが臨床においてどのような役割を果たすべきなのか、様々な議論がなされているが¹⁰⁴、精神保健分野の臨床家たちは、明確なモデルに恵まれている。彼らは、第4章でとりあげたトビ・ナタンのグループ・セッションで活躍するメディエーターを参考にしているのである。トビ・ナタンは、メディエーターとは、「通常、フランスで学位を取得している心理士かソーシャルワーカーであるが、私たちが（グループ・セッションに）迎え入れる家族と同じ地域の出身であり、その言語を話し、その土地の治療にまつわる慣習について知識を持った協力者」（Nathan 2001=2003:74）と定義している。第4章で紹介した様々な国の出身者である共同治療者とも呼ばれるメディエーターたちは、移民の病いの原因について様々な解釈を行い、主体的な話者として振る舞うのである。

イタリアの臨床家たちの間でも、メディエーターは主体的な話者であることが期待されている。主体的な話者として自分の意見を述べることは望まれない医療通訳（Hernandez-Iverson 2010）とは対照的である。例

えば、心理士として難民の精神保健に関する研究プロジェクトに参加したことのある40代のロッセツラは、自由に話さないメディエーターは自身の感受性を抑制するため、協働が難しくなると語っている。臨床家らが必要としているのは、治療に積極的にかかわる一人の「共同治療者」

(Ancora 2006:160) や「臨床専門家」(Harrag 2017[2007]:84) なのである。家族療法家で、民族精神医学の実践者でもあるナターレ・ロージも、メディエーターは「問題がどう対処されるべきなのかを患者と議論し、私たちとも議論する」(Losi 2010:132) と述べている。

議論になれば、中立性が問われることが多い医療通訳(Hsieh & Kramer 2012)とは違い、メディエーターは移民を援護すべきだと臨床家らは考えている。この点についてカサデイらは、次のように論じている。「(メディエーターは)自らの文化、思考体系を振りかざし、治療グループが患者に対して行使する文化変容を促すプレッシャーから、患者を率先して守る」(Casadei et al. 2005:282)。つまり移民が、臨床家たちが提供する西洋近代的な精神医療という「プレッシャー」に屈し、安易に適応していくことを臨床家らは望んではいないのである。臨床で移民にたいして文化的な変容を促すということは、非西洋圏出身の移民の場合、西洋近代的な形で心の病いに向き合うよう、移民に促すことを意味する。そのような状況で、メディエーターが積極的に発言し、臨床家たちの「プレッシャー」から移民を守ることが期待されているのであれば、潜在的な移民の他者性の顕在化を図る臨床家たちは、移民が独自の心の病いへの向き合いかたを維持することを望んでいることになる。彼らは、移民の文化的な特性を尊重しようとしているのである。

文化的な差異が尊重されるのであれば、メディエーターには、医療通訳者のように一語一句全てを訳すこと(Hsieh & Kramer 2012)は求められない。潜在的な移民の他者性の顕在化を図る臨床家たちは、メディエーターに忠実な訳を期待しないのである(Casadei et al.

2005:282)。心理士のロッセツラは、忠実な訳をするメディエーターより、発言者とは違う言い回しをしたり、発言がなかったことも述べたりするメディエーターのほうが好ましいと断言している。ロッセツラは、移民と自分の視座が異なることを十二分に認識しているのである。だからこそ、自分自身の言葉遣いや表現をメディエーターたちが自由に調整することで、「自分の頭の中にあったもの」が伝わると述べている。

同様に、臨床家らは、全てを訳そうとするメディエーターを嫌がる。例えば、ロッセツラは、そうしたメディエーターは「信用されないことが多

い」と語っている。全てが訳せるという前提に立つことは、翻訳不可能で理解できない言葉や概念としての文化的差異は存在しない、という立場をとることに他ならない。これでは、理解できない文化的差異は、尊重されるべきものと認識されず、例えば些細なこととして看過される可能性がある。そこで、潜在的な他者性の看過を回避したいイタリアの臨床家たちは、翻訳不可能な文化的差異もあることを前提とし、メディエーターには、そうした差異の明確化を求めるため「言語的障壁の超越（言語的飛躍／省略）を促進しない」（Harrag 2017 [2007]:84）よう指示する。もし翻訳不可能な移民の文化的特性が見いだされるようであれば、無理に訳すのではなく、その翻訳不可能性を明示すべきだと臨床家たちは考えているのである。

ここまで、メディエーターは、自ら意見を述べる主体的な話者として移民を擁護し、常に全てを訳そうとはしないことで、移民の文化的特性や特異性の尊重を促しうる、と期待されていることをみてきた。移民の他者性を尊重するうえで、メディエーターが臨床家から距離を置き、移民に寄り添うようにすることも必要だという認識が、臨床家らの間では共有されているようである。そこで、次にこの点を見ていくことにしよう。

異質な存在としてのメディエーター

潜在的な他者性の顕在化を試みる臨床家らにとって、メディエーターは親しみがもてる近い存在であるよりも、移民の患者同様、異質な存在であるほうが好ましい場合がある。例えば、メディエーターがもう一人の移民として振る舞えば、どの移民も同一視するという、臨床家たちが陥りがちな「落とし穴」を回避することができる。イタリアで民族精神医学の普及に努める精神科医のサルヴァトーレ・イングレーゼは、カサデイと共に次の様に主張する。「メディエーターの存在は、〈持たざる者〉（歴史的に与えられ生きられた自らの名前や、社会的および家族的な関係も持たない者）として外国人を象徴したいという誘惑に対する効果的な対抗策である」（Casadei e Inglese 2017[2011]:247）。カサデイとイングレーゼは、潜在的な他者性に注目する臨床家にとって、移民の名前がその出身地において意味するところや、その典型的な人間関係が把握しにくいものであることを指摘しているといえる。そうしたとき、臨床家にとって、他の地域から来た移民と目の前にいる移民との差異が明確ではなくなるため、移民が、単なるよそ者以外の「何者でもない」人物になる可能性があることを、両名は示唆している。だが、もしメディエーターがもう一人の

移民として、移民の出身地における独特の思考体系など、文化的な特性を強調すれば、各移民の輪郭が鮮明になりうると期待されているのである。

一方、メディエーターが移民から距離をとり、もう一人の臨床家として振る舞えば、それぞれの移民の特異性を見出せる場合もある。例えば、メディエーター自身が必要に応じて、同胞の移民に違和感を覚えることは好ましいことである。総合病院で心理士として勤務した経験もある30代のリサは、中国出身の難民とのセラピーで、メディエーターと協働している。このメディエーターは、当該の難民の難民認定審査や弁護士との面談でのメディエーションも担当しているという。メディエーターは、担当する難民が、他の多くの中国出身の難民のように、政治的庇護を得るのが格段に簡単なカナダに行かず、イタリアに來たことを不思議に思ったことから、この点をリサと共に解明したいと申し出たとのことである。このようなメディエーターの指摘により、リサは、難民の行動を「適切なやりかたで掘り下げ」治療に活かすことができたと言っている。

かわって、他者性の顕在化を促そうと、臨床家が、メディエーターを導く場合もある。メディエーターが自分自身と臨床家との間の差異に気づき、自らの文化的特性や社会的特性、特異性を認識できるよう支援するのである。本章の冒頭でもみたとおり、人は、当たり前だと認識している事柄が、他の人々にとっては異質な事柄でありうることに気づきにくいものである。だからこそ、臨床家たちは円滑なコミュニケーションを警戒する。例えば、60代の心理士であるフローラは、臨床家と移民のあいだのコミュニケーションは複雑で、スムーズにはいかず、ごつごつとした「角(かど)」のあるものだと主張する。カサデイらは、移民との面接で、あまりにもスムーズに会話が進むようであれば、イタリア人の臨床家と移民との間にあるなんらかの文化的差異が看過されている可能性があると言及する。そうしたとき、潜在的な他者性を見出したい臨床家は、メディエーターの様子に注意を払わねばならないとして、次の様に論ずる。

メディエーターと患者の間のインタラクションの展開の仕方から、コミュニケーションの円滑さから、あるいは、ひとつの言語において意味深長に思える特定の表現が平板になる時や、他の言語に訳されると抜け落ちてしまう時の容易さから、言及された現象に対し、メディエーターが余りにも慣れ親しんでいることに臨床家は気づくことができる。このような場合には、臨床家は会話をはずませるのではなく、あたりまえの事柄

を不自然にする質問をしながら、会話のテンポを緩め、後戻りするべきなのである (Casadei et al. 2005:289)。

たとえば、臨床家にとっては異質に思われる事柄であっても、もしその事柄がメディエーターにとっては当たり前のことならば、メディエーターが注意深く表現したり、訳抜けを心配したりするようなことはない。その結果、メディエーターは、移民と臨床家の文化的差異を見落としてしまい、コミュニケーションが円滑化される、というのがカサデイらの主張である。こうしたとき、臨床家は、メディエーターが「素通り」したところに立ち戻り、それが自分にとっては不自然な事柄だと指摘せねばならない、というのである。指摘を受けたメディエーターが、自分が見逃した文化的差異に気づいて驚くとき、メディエーターにとって馴染みであったものが馴染みのないものとなる、異化作用が促されるとカサデイらは述べている (ibid.)。

身近な存在としてのメディエーター

反対に、潜在的な他者性を顕在化させようとする臨床家たちは、メディエーターが自分にとって身近な存在、あるいは分身として振る舞うことを期待する場合もある。既に述べたとおり、メディエーターは「共同治療者」(Ancora 2006:160) や「臨床専門家」(Harrag 2017[2007]:84) だと認識されており、ローズが主張するとおり、同僚として治療方針について議論する相手となるからである (Losi 2010:132)。

診察室にいるもうひとりの「臨床家」として、メディエーターが臨床家に提供するサポートは欠かせない。例えば、移民に質問をするさいの微妙な言葉遣いが重要になることがある。精神科医のヴィットーリオは、自分がどのように苦しいのかうまく言い表せない移民もいる、と述べている。そうしたとき、ヴィットーリオは「悲しい」、「憂鬱」、「落胆」など、いくつかの選択肢を移民に示してみせるそうだが、なかなか答えが返ってこない場合は、メディエーターにアドバイスを仰ぐという。移民から「リアクションが得られるような（苦しみを表現する）言葉がないかどうか」尋ねてみるのである。同様に、心理士のフローラも、年若い移民は、なぜ自分が苦しんでいるのか理解できていないこともあるとして、こうした時には、メディエーターが人類学者や調査者になると語っている。メディエーターには、臨床家が単独では成し遂げられない作業を補完することが求

められているのである。臨床家は、メディエーターの介入があることではじめて移民にたいして十全な対応ができるようになるため、場合によっては、心の病いの専門家としての自分自身の限界を認めることにもなるだろう。

さらに、移民の顕在的な他者性の顕在化を図る臨床家たちは、メディエーターが移民の患者の分身にもなりえると考える（Casadei e Inglese 2017[2011]:247）。移民は、移動・移住によって見失った自己をメディエーターのうちに改めて見出しうる、という認識が臨床家たちの間にはある。臨床家らによれば、メディエーターをとおした移民による自己の再発見は、次の三つのレベルで行われる。

第一に、移民はメディエーターをとおして母国との絆を回復しうる、と考えられている。例えば、カサデイとイングレーゼは、メディエーターの存在が、「患者が拠り所とするグループの力、自らのコミュニティーとの意義ある絆に助けを求めるという可能性」（Casadei e Inglese 2017[2011]:246）をひらく、と主張する。移民が移住・移動の経験によって失った同胞との絆が、メディエーターの介入によって回復可能となり、人脈が広がりうることが指摘されている。

第二に、移民はメディエーターをとおして移住前と移住後で分断される時の流れを修復しうる、と考えられている。アンコラは、そのような時間の分断は、「しばしば矛盾した形、さもなければ引き裂かれるような形で経験される」（Ancora 2006:160）と主張する。例えば、第5章でとりあげた、イタリアに呼び寄せた子どもの成長を認められない介護人の女性たちなどは、こうした経験をしていると思われる。彼女たちにとって、母国の時間は、母国を離れたときに止まり、現在の時間と繋がっていないのである。アンコラによれば、メディエーターは時計修理屋のように、「このチクタク（イタリアの時間）とあそこのチクタク（出身地の時間）を聞こえるようにするため、修繕し、調整し、あらゆる汚れを取り除く」（*ibid.*）と述べている。移民の精神障害者と同じように、母国と移住先の時間の断絶を経験したはずであるメディエーターが介入することで、二つの時間が矛盾することなく繋がり、移民が再び連続性のある時間を生きることができるようになる、とアンコラは期待しているのである。

第三に、移民はメディエーターをとおして、出身地の伝統的病因論を再評価できるようになる、と考えられている。ヴェローナ大学の研究員である心理士のフェデリカ・デ・コルドーヴァによれば、メディエーターは「患者が、苦しみの経験と、出身地の文化において、それ（苦しみの経験）に与えられる特定の意義の間の接点を、再度確立できるようにする」

(de Cordova 2009:217)。そうしたとき、移民には次のようなことが起こると彼女は主張する。

例えば、患者による病いの語り、言語・文化的メディエーター¹⁰⁵の出現によって変化するの珍しいことではない。当初、西洋の医学と心理学特有のカテゴリー（ストレス、鬱など）を用いて描写されていたものが、心理学的でもなく医学的でもない病因論（邪視、精霊、社会的規範への非服従）を提案しつつ、再解釈され結びつけられる（ibid.）。

メディエーターが出身地を同じくする移民の文化や思考体系について積極的に語ることは先に述べた。こうしたメディエーターの介入により、移民の精神障害者は出身地の伝統的病因論を口にすることができるようになり、病いの語りに変化が生じうることを、デ・コルドーヴァは指摘している。このとき移民は、自らの病いを出身地の伝統医療という観点から再検討することで、西洋近代的な医療だけでなく、伝統医療も考慮した解釈を見出しうる、ということをデ・コルドーヴァは示唆していると考えられる。

異質な存在でもあり身近な存在でもあるメディエーター

最後に、ひとりのメディエーターが、臨床家の分身としても、移民の分身としても振る舞っているといえる面接のありかたを紹介してくれた、「精神科医の60代のダヴィデの語りをみていこう。前章でみたとおり、難民は、警察官や弁護士などにたいしてイタリア上陸までの経緯を繰り返して語りなければならぬため、往々にして、診察室に辿り着くまでに語ることに辟易してしまうという。ダヴィデは、庇護申請をめぐる一連の手続きで、答えるのが辛いような事柄について質問をする/物語らせることを「構造的暴力」と呼んでいる。臨床家も色々と質問をするため、難民から「暴力」を行う機構の一部とみなされがちなのだという。ちなみに、筆者が出会ったメディエーターたちによれば、臨床家と同じ組織で働いているということから、メディエーターも、難民に警戒心を抱かれる場合があるという。こうして面談で黙り込んでしまう難民が多いなか、ダヴィデは次の様な対応をとるといふ。

時々、自分では何もしないことがある。メディエーターが（自分の）国や家族について話し出す。メディエーターは患者の出身地の文化や政

治、家族がどうしているのかなどよく知っているはずだからね。で、私はなにもしない。(中略) いずれにせよ、私の考えでは、初診では次のことを解消せねばならない。つまり、臨床家が構造的暴力の一部になっているということを解消する必要がある。(中略) 今日では、(患者の中には) 政治犯もいる。常に、リスクというテーマがあるのだよ。それで私がメディエーターと試みるのは、何もしないこと。つまり、心理療法の面接をしないのだよ。こうすると、通常、(患者の) 隙を突くことになる。隙を突くというのは、驚かせるという意味だ。「なんで質問してこないの?」となる。

メディエーターは、難民の分身として母国の話をするすることで、難民が自分自身をみいだすことをも促す一方で、ダヴィデの分身として難民と自由に話している。そのとき、メディエーターの役割とダヴィデの役割が逆転しているといえる。たとえば、序論で紹介した人類学者クラパンザーノと調査助手のラハーセンの関係でいえば、ダヴィデは三者関係におけるラハーセンのように、そしてメディエーターはクラパンザーノのように振る舞っているのである。メディエーターは難民と自由に話すことで、実質的に難民の聞き取りをしており、ダヴィデは、両者の会話に同席しているだけだからである。このとき、ダヴィデが黙ったまま難民とメディエーターを見守るのは、難民を驚かせるためだけではなくだろう。ここで、人類学者のクラパンザーノにならい、サルトルによる第三者のまなざしに関する議論を参考にすることができる。

ダヴィデのまなざしは、メディエーターと難民に「われわれ」という認識を芽生えさせうる。サルトルは、「私」と「他者」は第三者からまなざしを向けられ、第三者にとっての「彼ら」として対象化することで、「私」と「他者」は、「ともに等価で連带的」な「われわれ」という意識を持つようになると指摘していた(Sartre 2018[1943]:501)。ダヴィデは、メディエーターと難民にとっての第三者として振る舞おうとしているのではなかろうか。そうすることで、まずは、メディエーターに対する難民の警戒心を解こうとしている、と筆者には思えるのである。

本節では、移民の潜在的な他者性の顕在化を図るイタリアの臨床家が、面談に第三者として介入するメディエーターに、どのような役割を期待しているのかを、臨床家らによる論考と語りをとおしてみた。臨床家らは、メディエーターが主体的な話者として面談に介入し、両者にとって異質な存在としても身近な存在としても振る舞うことで、移民の他者性を顕

在化あるいは明確化しようと考えているといえた。次節では、家族療法家とメディエーターの第三者としての働きに関するこれまでの議論をふまえ、考察を行っていくことにしよう。

6.3 「鏡」の技法

ここまで、参与観察と聞き取り調査および文献研究の結果をとおして、第三者の介入により、潜在的な移民の他者性の顕在化がどのように図られようとしているのかをみてきた。分析の対象として取り上げた第三者は、移民の家族成員とイタリア人の家族成員にたいする第三者として介入し、そのやりとりを観察し解釈していく家族療法家と、臨床家と移民にたいして第三者として介入し、言語・文化的な仲介をするメディエーターであった。まず、移民とイタリア人の家族成員から成る家族にたいする面談の参与観察の結果をふまえれば、家族療法家は、家族成員の価値観や見解を個別に見極める工夫をし、家族成員間のやりとりに介入しながら、移民とイタリア人の家族成員間の差異の顕在化を図っているといえた。このとき、家族療法家は、メディエーター同様、移民の文化的特性や社会的特性の尊重を移民にもイタリア人にも促していた。一方、研究に参加した臨床家らによるメディエーターについての語りや、メディエーターに関するイタリアの臨床家らの論考をふまえれば、メディエーターには、移民と臨床家のそれぞれにとって、異質な存在としても身近な存在としても振る舞うことが求められていた。そうすることで、メディエーターは、移民と臨床家の間にある差異の顕在化だけでなく、その尊重も促すことができると考えられていたのである。では、イタリア人と移民にとっての第三者として振る舞う家族療法家とメディエーターは、潜在的な移民の他者性の顕在化を図るとき、どのように機能しようとする臨床家らは考えているのであろうか。

第三者は、「鏡」のように機能することが求められている。「鏡」を見つめる者は、その鏡像のなかに自らの文化的性や社会的特性、特異性を見出しうるからである。それは、人類学者のタウシグが、他者（非西洋人）による自己（西洋人）の解釈である、クナ族の胸飾りにあしらわれた RCA ビクター社のトーキング・ドッグを模したアップリケを目にすることで（Taussig 2018[1993]:320）、「自分自身と向き合う」ようになる、ということと同じであろう（ibid.:336）。移民の潜在的な他者性の顕在化を図るイタリアの臨床家たちは、自分自身を含む誰かを「鏡」に仕立て上げ、その「鏡像」を活用しようとしているといえる。例えば、家族療法では、主に臨床家自身がそれぞれの家族成員の文化的差異や特異性を映し出

す「鏡」となっていたが、変則的に、家族成員のひとりを「鏡」にみたてることもあった。夫の発言を訳すときに「自分の言い分」を盛り込んだ内容へと変更する妻によって訳された・解釈された (interpretato) 夫の発言と、夫のもともとの発言を比較することで、夫妻の差異が見出されていたのである。かわって、メディエーターが臨床家と移民の面談に介入する場合は、主にメディエーターが移民と臨床家の特性・特異性を映し出す「鏡」になることが望まれていたが、臨床家がメディエーターの「鏡」となり、メディエーターがあたりまえのことだと思っている自らの文化的特性を指摘する場合もあった。

「鏡」のように機能する第三者には、移民の文化的特性や社会的特性、特異性を映し出すときには、それを肯定できるもの、尊重されるべきものとして映し出すが、イタリア人の文化的特性や社会的特性、特異性を映し出すときには、それを異質なもの、見直しが必要なものとして映し出すことが求められていた。例えば、家族療法家たちは、一つの家に住み続けることを前向きに受け容れることができない移民の価値観や、適応することは恐ろしく、家族と離れて暮らすことは間違いだと考える移民の見解を、肯定できるもの、尊重すべきものとして示していた。対照的に、購入した家に住み続けることが好ましいとするイタリア人の価値観や、養子の適応や家族の別居に関するイタリア人養父母の見解（あるいは認識不足）は、異質でありえるもの、あるいは非難に値するものとして示していた。一方、移民にとって身近な存在として振る舞うことが期待されていたメディエーターが、移民の文化や思考体系を振りかざし、翻訳不可能な事柄を明示するといった形で、移民の他者性を強調して映し出すことは、移民の安易な文化的な変容の回避につながると考えられた。また、臨床家にとって身近な存在として振る舞うべきだと考えられているメディエーターは、西洋近代的な精神医療が、特定の移民にとっては異質なものでありえることを示すことになり、臨床家らは、専門家としての限界を覚えることにもなると思われた。

精神保健サービスを提供する場において、「鏡」のように個々人の文化的特性や、社会的特性、特異性を映し出す第三者は、移民の同化を回避し、イタリア人・臨床家の異化を促しうる。第三者は、移民とイタリア人・臨床家の間の相互理解よりも相互不理解の場面を照らし出し、移民とイタリア人・臨床家の合一よりも分離を促進することで、両者の関係を築こうとするのである。これは、ナンシーがいうような「私」と他者が「〈合一〉 (communier) しないそのことによって〈通い合 (う) 〉

(communiquer)」（Nancy 2017[1999]:46）という「分有」の関係といえよう。

本章では、参与観察と聞き取り調査、文献研究の結果を検討しながら、移民の他者性に配慮するイタリアの臨床家らが、第三者の介入をとおして、移民の潜在的な他者性の顕在化を図ろうとしていることをみてきた。第三者は、移民の他者性の明示と維持、尊重を促しうるのである。では臨床家たちは、この第三者により、異質な者として留め置かれた移民を、どのような形でイタリアの精神保健制度のなかに包摂しようとしているのであろうか。そこで第三部の最終章となる第7章では、臨床家たちが診断や治療の場面で、移民の文化的特性である彼らの出身地の治療体系を、どのように取り扱おうとしているのかを、臨床家らの語りをとおしてみていくことにしよう。

第7章 解釈が困難な移民の他者性の考慮

移民の治療体系の取り扱いに関する臨床家らによる省察の検討

前章では、文献研究と参与観察、聞き取り調査の結果を検討しながら、看過されやすい移民の他者性の顕在化を図るイタリアの臨床家らが、第三者の介入を、他者性を映し出す「鏡」のようにして用いようとしていることをみてきた。臨床家らが第三者として移民の家族成員とイタリア人の家族成員の間に介入することもあったが、メディエーターを、臨床家と移民にとっての第三者として介入させることもあった。このときメディエーターは、共同治療者として他者性の解釈者として振る舞うことが求められていたことを思い出したい。研究に参加したイタリアの臨床家らは、診断や治療の場面において、常に単独で、移民の他者性の適切な取り扱いを試みているわけではないのである。ここには、西洋近代的な治療体系の知見に固執しない、あらゆる知見にひらかれた彼らの姿勢が見出せる。

第4章では、信仰や呪術を含むあらゆる治療体系を有効なものとして治療に採り入れ、相補的に使うトビ・ナタンの民族精神医学を紹介したが、近年、ナタンのように、西洋近代的な精神医療以外の、自分にとっては異質で専門知識もない治療体系にたいしてひらかれた態度でのぞみ、その治療効果を評価する臨床家は増えつつある。例えば、米国で行われた調査によれば、約5割の精神科医¹⁰⁶が、患者がキリスト教徒あるいはユダヤ教徒である場合、宗教家に相談するよう促すと回答している (Lawrence et al. 2014)。これは、近年の研究で、ミサなど宗教的な儀礼への参加が、精神障害者の苦痛を和らげることが明らかになってきていることと無関係ではなかろう (例えば、Jarvis et al. 2005, Koenig 2008, Weber & Pargament 2014 等)。同様に、伝統医療を採り入れることも、患者とその家族にとって利点となることが広く認められるようになってきている (Helmman 2018[2007]:91)。ナタンが創立したジョルジュ・ドゥヴルー・センターで行われていたような複数の治療体系を用いる試みが、ペルーにおいてもなされている。フランス人医師ジャック・マビが創立した「タキワシ・センター」では、主に薬物依存者を対象とした、アマゾンの伝統医療であるアヤワスカ儀礼¹⁰⁷と心理療法を組み合わせた治療が行われているのである (Mabit 2007, Mabit et al. 1995, Frecska et al. 2016: 11, Coe & McKenna 2016:131)。

では、自分にとっては異質で専門的な知識や技能もない治療体系にひらかれた態度でのぞみ、その治療効果を評価する臨床家らは、病いの解釈を

試みる時や療法を選択するとき、どのようにして移民の出身地の治療体系を採り入れようとしているのであろうか。そこで、本章では、筆者が出会ったイタリアの臨床家たちの語りをとおして、臨床家らにとって異質な治療体系が、病いの解釈や治療をすすめる場面でどのように取り扱われようとしているのかを検討していくことにする。

なお、聞き取り調査の結果をふまえれば、異質な治療体系の取り扱い方には三通りあることから、第1節から第3節でそれぞれ紹介していくことにする。まず、第1節では、移民の治療体系にのっとった特定の療法の提供を試みようとして、移民からその詳細を聞き出し、代替となりうるようなイタリアで提供可能な療法を移民とともに見出していった、という二名の臨床家の語りを取りあげる。第2節では、西洋近代的な精神医療の専門家として移民に接しながらも、移民の出身地の治療師に相談するよう移民に促し、複数の治療体系をブリコラージュ¹⁰⁸の要領で用いた二名の臨床家の語りをみていく。第3節では、移民の出身地の治療体系に関する専門知識がないまま、その治療体系に則った治療を行ったという臨床家の語りを検討する。最終節では、移民の治療体系の採り入れを試みる臨床家らは、様々な治療を試す素人の精神障害者のように振る舞いながら、複数の治療体系を相補的に用いようとしていると論じていきたい。

7.1 代替の療法の提供

移民には、母国で慣れ親しんできた療法を移住地でも引き続き用いようとする傾向がみられる。もし母国と同じ療法を行うことができないとなれば、代替の療法が用いられる場合がある。例えば、母国で使われる薬草などは、その輸入や栽培が試みられるが、同じものの入手が困難な場合、代替となるような薬草が用いられる (Inta et al. 2008, Ososki, et al. 2002, Voeks 1990, Pirker et al. 2012)。代替とみなされる薬草は、植物として同種のものとは限らず、風味 (Voeks 1990:127) や香り (Hodges and Bennett 2006:80)、形状の類似性 (Voeks 1990:127) が判断の基準になることもあるという¹⁰⁹。同様に、特定の薬草や道具、空間そして執行者が必要となる治療儀礼も、母国で行われる儀礼と全く同じようにできるわけではなく、代替のプロセスや道具類、空間などが用いられる場合もある (Cieślowska and Błajet 2020, Helsel 2019, Hirschman 2004, Mazumdar and Mazumdar 2009, Yang and Ebaugh 2001, Bahia 2014)。例えば、儀礼で用いられる言語が移住地の言語へと変更されたり (Hirschman 2004:1215)、

移住地で動物の生贄が禁止されている場合に紙で作った動物が生贄にみたとされたりするほか（Helsel 2019）、近年ではスカイプをとおしての儀礼も試みられている（Cieślowska and Błajet 2020）。このように移民は、母国の療法に何らかの変更を加えたものを代替の療法として用いようとするものなのだが、もし移民が、代替の療法を自分自身で用意できず、臨床家が介入せねばならないとき、臨床家はどのように対応しようとするのであろうか。

そこで本節では、筆者が聞き取りを行ったイタリアの臨床家たちの語りとおして、臨床家たちが代替の療法をどのように提供しようとしているのかを検討していくことにする。まず、心理士が、移民の青年の家庭療法で用いられる煎じ薬の類似品を、青年と相談しながらイタリアで見出し、治療に用いたという語りを紹介する。続いて、精神科医が、出身地の伝統的な治療儀礼を求める移民に応えようと、西洋近代的な医療的介入を治療儀礼にみたと行って行ったという語りをみていくことにしよう。

移民の母国での療法に類似する代替の特定

通常、移民が伝統的な療法の代替を求めるのは、伝統的な療法の有効性を自覚しているからなのであるが、伝統的な療法を必要としていることに移民本人が気付いていない場合もある。次に紹介するのは、そのような移民と伝統的な家族療法について話し合い、その療法の有効性に気付いた臨床家が、移民にたいして代替の療法を用いるよう促したという語りである。

30代の心理士であるビアンカは、移民にたいして無料でセラピーを行う団体に所属している。彼女は、西洋近代的な精神医療で症状の緩和がみられない移民の場合、移民が教えてくれる出身地固有の治療や薬に関する考え方を常に念頭に置きつつ、移民と協力して治療をすすめるようにしているとのことである。ビアンカは、自身が西洋近代的な心理療法を抛り所にしてるとはいえ、もしそれが移民の母国では効果を発揮しない療法だと分かれば、西洋近代的な心理療法にこだわることはナンセンスだと述べている。だからこそ彼女は、中東出身の神経性の胃炎に悩まされ続けていたという青年との面談を続けるなか、青年の出身地で行われている伝統的な家庭療法を自然な流れで採り入れたとして、次の様に語った。

私が言い出したことだったのだけれど…記憶違いでなければ。彼の（胃炎の）問題は…母国でも何度かあったことで、それで…私たちは、母国

にいたとき、その問題にどう対処したのか、という話をしたのよ。どのような治療をしたのか、ということよ。そうすると、家庭療法（の話）が出てきた。それは一種の煎じ薬で、複数の成分が含まれているの。それで…私たちはこの事について話をして、理解を試みたの。ここ（イタリア）でも、この煎じ薬を服用することができないかってね。彼の助けになるような、似たようなものが見つからないだろうか、ということよ。（中略）

彼はその煎じ薬（と類似のもの）を飲むことができてね。胃粘膜保護剤よりもよく効いたのよ（目を見開いて笑う）。…明らかに、この煎じ薬を飲むことで、なんとか、母親のケアも自分のものとすることができたからなのよ。母親が彼にこの煎じ薬を作ってあげていたの。つまり、これこそ彼が根本的に必要としていたものだったのよ。

ビアンカが煎じ薬の代替を見出していく過程で、家族とのつながりの維持を図っていくことになったのは興味深い。ビアンカが移民の青年と共に熱心に見出そうとしたのは、伝統的な療法そのものの代替というよりも、母親のケアの代替であった。母国で患った胃炎に効果的であったという煎じ薬が母親によって用意されていたと移民が述べたとき、ビアンカは、移民が母親のケアを必要としていることに気付いたのではなかろうか。家庭療法は母親によって行われることが多いことから（例えば Poss et al. 2005, Towns et al. 2014, Pachter et al. 1998）、ビアンカは、家庭療法をつうじて、移民は家族とのつながりを保てるのだということ、青年に示唆したのだと考えることもできるであろう。

さて、筆者が知る限り、ビアンカのように移民の母国の療法の代替を用いようと、移民にたいして提案する臨床家は多いとはいえない。大多数の臨床家は、移民から伝統的な療法を求められてから、どうするのかを考えるのである。そこで、次にそうしたリクエストを受けたという臨床家の語りを見ていくことにしよう。

移民の母国での療法とかわらないものとしての代替の提示

筆者が出会った多くの臨床家が、移民の精神障害者やその家族から、移民の母国で行われている伝統的な治療儀礼を求められるという経験をしている。その理由として、次の二つが挙げられる。第一に、筆者が聞き取りを行った臨床家たちによれば、西洋近代的な精神医療になじみがない移民の場合、臨床家たちを出身地のシャーマンなどと同一視する。例えば、総

合病院で働く 50 代の精神科医であるファツィオは、治療儀礼を求める移民から、「精神の医者ならば、治療儀礼のエキスパートであるはずだ」と詰め寄られたことがあるという¹¹⁰。第二に、西洋近代的な医療サービスを利用する移民でも、精神的な問題に関しては、治療儀礼のほうが効果的だと考える場合がある（例えば Yohani et al. 2020:55-56, Cordelle et al. 2016, Beiser et al. 2003:241）。例えば、第 3 章でとりあげたスイスのイタリア南部人のように、呪いによって心を病んだと移民が考える場合、移民にとって必要になるのは、呪いという病いの原因を排除するための儀礼なのである。

次にとりあげるのは、特定の症状の原因と考えられるものを排除したい難民から、治療儀礼を求められた臨床家の語りである。総合病院で精神科医として働く 30 代のマウリツィオは、移民の精神障害者から頻繁に治療儀礼を求められるそうである。西洋近代的な医療のみが「正しいもの」ではなく、どのような治療体系の療法にも効果を発揮できる側面があると筆者に断言したマウリツィオは、院内の多くの同僚たちのように、移民の要求を受け流すことはないのだという。当初、移民たちから求められる治療儀礼がどのようなものなのか分からず、マウリツィオは困り果てるばかりだったが、やがて、移民から儀礼の具体的な手順やセッティングについて聞き出し、「創造力を駆使して」西洋近代的な医療的介入を「儀礼化」して提供するようになったという。以下は、そうした事例についての語りである。

マウリツィオは、転院してきたアフリカ人の難民男性の主治医になった。この男性は、もともと治療を受けていた病院の急性期治療病棟に 1 ヶ月半入院し、その間、非常に強力な薬物療法をはじめとする、複数の療法を組み合わせた治療を受けた。しかしながら、錯乱したり暴力をふるったりといった症状は、全くおさまらなかつたという。そこで、男性の主治医だった精神科医は、急性期治療に特化したマウリツィオの病院に男性を受け容れるよう頼んできたのである。担当となったマウリツィオは、投薬を段階的に減らし、毎日、心理療法を行うようにしたところ、やがて男性はマウリツィオに頼み事をするようになったという。

患者は、いくつかの（医療的）介入の儀礼化をリクエストしてきた。例えば…具体的な事例を挙げれば、彼は自分の血液が多すぎると言っていた。そして、血液が多すぎるとなると、血液が目に入って、それが彼を暴力的にするのだと言っていた。そこで…以前、彼がこの件に関し

てとても悩んでいた時期があって、僕は、彼が暮らす収容所の職員にたいして、僕が当直医をつとめる日の朝に、患者を救急科に連れてくるように頼んだんだよ。

僕は、救急科の看護師に指示を出した。「あなたは、瀉血をする女司祭になるんですよ」って言ってね¹¹¹。そういうわけで、僕は採血をどのように「儀礼化」すればよいのか、ちょっと説明をした。（患者の診察時間となり）看護師がやってくると、僕は瀉血の偉い専門家だと言って看護師を患者に紹介した。そして、看護師を信用して貰おうと、瀉血ができるんだということを見せた。こうして彼の信頼を得ると、僕は彼に説明をしたんだ。僕たちがここに居るのは、君の血液を取り除き、この血液を取り除くことで、君の不安感や暴力的になるという心配が収まるかどうか見たいからなんだ、ってね。それで、実際に収まったんだよ（笑い出す）。…この瀉血の後、一ヶ月経つと、血液が多すぎるので暴力的になるから血液を採らねばならない、というこの問題は、二度と生じることはなかった。

この事例で不思議なのは、マウリツィオが、瀉血の儀礼を求めた本人である難民の男性にたいし、男性が求める儀礼に効果があるかどうか自分たちは確かめたいのだといいながら、期待される儀礼の効果を改めて述べている点である。なぜマウリツィオは、このようなことをしたのであろうか。以下のような二通りの解釈が可能だと、筆者には思われる。まず、マウリツィオがどこまで自覚して行ったかは定かではないが、第3章でとりあげたデ・マルティーノが論じていたような男性の症状の「脱歴史化」を促すためだったと考えられる。つまり、治療儀礼として行われる血液採取により、男性に危機をもたらす「否定的なもの」（暴力的になること）の生起と崩壊が決定付けられ、「否定的なもの」は現在の歴史の外に移されることで危機が制御されるという、一連の展開を強調することで、儀礼が効果を発揮する確率を高めようとしたのではなかろうか。

第二に、マウリツィオは治療儀礼の効果を改めて確認することで、血液採取を瀉血の儀礼として行うことに対して、難民の男性から承認を得ようとしたのだとも考えられる。マウリツィオは、自分が治療儀礼として提供するものが、移民の母国の治療儀礼とかわらないものではなく、儀礼のようなセッティングで行う医療的介入という代替であることを難民の男性が承知している、と思っているようなのである。なぜなら、マウリツィオは難民の男性が「医療的介入の儀礼化」を求めてくると述べているからであ

る。もしこの解釈が的を射たものであるならば、マウリツィオは、治療儀礼として提示される医療的介入がもたらしうる効果を述べることで、「医療的介入の儀礼化」というプロセスに、難民の男性を荷担させようとしている、と捉えることも可能であろう。

さて、ここで、ビアンカとマウリツィオの語りに共通する興味深い点について触れておきたい。両名ともども、西洋近代的な療法が移民に十分な効果を発揮しなかったなか、代替の治療がいかに効果的であったかを述べたとき、笑っているのである。筆者がみるかぎり、ビアンカもマウリツィオも目を輝かせ、面白くてしかたがない、というように笑った。一部の医療従事者がするように、不可解だとして首をひねったり、眉を顰めたりするようなことは全くなかったのである。この笑いは、異質な治療体系の目を見張るような有効性にたいする素直な驚きと、自分たちが拠り所とする西洋近代的な医療には効き目がないことにたいする、若干の自嘲から生じていたように筆者には思えるのである。

本節では、西洋近代的な精神医療以外の治療体系にひらかれた態度でのぞむ臨床家らの語りをとおして、彼らが、移民から情報を聞き出しながら、移民の母国で行われている療法の代替となり得るようなものを見出し、移民に提供したという語りを見てきた。かわって次節では、移民の治療体系について専門知識はないが、基礎的な知識は持ち合わせている臨床家らが、移民の治療体系を、病いの解釈や療法の特定の場面でどのようにして採り入れようとしているのかをみていくことにしよう。

7.2 複数の治療体系のブリコラージュ

前節で言及した西洋近代的な薬と母国の薬草を使い分ける移民のように、メディカル・プルーラリズムとよばれる、複数の治療体系の使い分けを行う移民は少なくない。かつて米国に移住したモン族は、西洋近代的な精神保健サービスを嫌い、シャーマンによる母国の伝統的な療法を好んでいたというが (Ensign 1995 in Miller 1999:292)、昨今、特定の形で、西洋近代的な療法も受け容れるようになったという。つまり、モン族の移民は、伝統的な療法が効果的ではないと判断すれば西洋近代的な療法を試し、西洋近代的な療法が効果的ではないと判断すれば伝統的な療法を試すということを、繰り返すようになってきているのである (Maichou et al. 2017)。一方、アルゼンチン北東部のミシオネス州に住まうポーランド系移民のあいだでは、ポーランドの伝統的な植物療法を用いながら、アルゼンチンのクランデーロ (curandero) と呼ばれるヒーラーに診てもら

うことが一般的だという (Kujawska 2016)。彼らが、西洋近代的な医療施設に赴くのは、薬草を用いた家庭療法やヒーラーの治療で症状に改善がみられない場合、あるいは命の危険が感じられるようになってからのことだという (ibid.)。

本節でとりあげるのは、このような移民のメディカル・プルーラリズムを後押しするようなサービスの提供を試みているといえる、心理士ら二名による語りである。いずれの心理士も、臨床家としても異文化圏の精神障害の研究者としても経験を積んでいることから、イタリアに定住する移民たちの出身地で行われている主な治療体系に関して、基礎的な知識を持ち合わせている。とはいえ、それは専門的な知識ではないため、適切な療法を特定する場面で、異質な治療体系を採り入れようとするとき、伝統治療師や司祭に相談するよう移民に助言するのである。そこで以下、それぞれの臨床家らが、複数の治療体系をどのように用いながら治療をすすめているのかを検討していくことにしたい。まず、スリランカ出身の青年に対してダートの診断を出し、青年とともにどのような療法で対応が可能となるのかを学んだという心理士の語りを紹介する。その後、鬱の症状のほか複数の身体的な疾患に悩んでいた南米出身の女性にたいして、母国の司祭と連絡をとるよう促したという心理士の語りをみていくことにしよう。

移民の母国の治療体系と西洋近代的な治療体系の境界を見極める

臨床家は医療者のための倫理規定に則り行動しているが、メディカル・プルーラリズムから生じうる西洋近代的な医療と伝統医療を含む補完代替医療のあいだのコンフリクトとどのように向き合えばよいのかという問題に関して、明確な指針は示されていないという (Kiene et al. 2010:54)。そこで、1976年に制定された薬事法により、西洋近代的な医療と、植物療法、ホメオパシー、アントロポゾフィー医学を含む補完代替医療を併用する保健制度が確立されているドイツにおいて、臨床家のキーネらは、いくつかの行動規範を提唱している。そのなかで繰り返し説かれているのは、限界を認識することの重要性である。ここでの限界とは、西洋近代的な医療と補完代替医療のそれぞれの限界 (ibid.:54)、および臨床家自身の限界を意味する (ibid.:55)。次に紹介するのは、西洋近代的な治療体系の限界と、臨床家である自分自身の限界を認識したうえで行動したといえるアンナの語りである。

40代のアンナは、診療のかたわら研究者として論文も発表し、難民収容所のソーシャルワーカーらのスーパーバイザー¹¹²もつとめて大変精力的に仕事をこなす心理士である。アンナは、心の病いに関して「私たち西洋人は少々頭がかたい」と述べる。西洋人は精神障害と邪視¹¹³を分けて考えるが、非西洋圏の人々は、より「クリエイティブ」だというのである。例えば、以前、彼女の患者であった北アフリカ出身の男性は、母国では精神科医と心理士、伝統治療師のところに同時に通っていたという。アンナによれば、こうした移民は「私は具合が悪い。何が効くか試してみよう。効くものが正しいものだ」という考え方で行動する。「私にいわせれば、これは大変理に叶っている」というアンナは、13年前、自分自身が複数の治療体系を取り扱うことになったという。

当時、アンナはボランティア団体で無料のセラピーを行っていた。この団体でのセラピーにやってきたスリランカ出身の男性は、不安症と呼べる障害に苦しんでいたのであるが、アンナは、精神科医のサルヴァトーレ・イングレーゼが翻訳した文化結合症の教科書にあった記述を参考に、次のような診断をしたという¹¹⁴。「ダートと呼ばれていてね、私の今までのキャリアをとおして、二例しかみたことがないわ。けど、この事例は特殊だった。なぜなら、非常に…なんといいたらいいのか…非常に明白だったのよ。彼の症状はまさに（教科書の）記述どおりでね。通常、患者は本の記述とはあまり似ていないものなのよ¹¹⁵。殆ど、そうなの。」その記述にあった典型的な患者像とは、定職についておらず、相応の社会的地位を獲得していない30～35歳の未婚男性であったという。

移民の男性は、偶発的な射精に大変悩んでいた。工作中や路面電車のなかでさえ精液が出てしまい、その度に驚いて家に戻ることになるので、イタリア社会に溶け込んでいくうえで、数々の問題を抱えていたという。アンナは、診断名を男性の母語で告げると、彼は、そのような病いについて話を聞いたことはないと答えたという。「それで、私たちは一緒に少し勉強したのよ。このこと（病い）についてね。私は、こう言ったの、“こうしたことがインドでは起こると話に聞いたのよ。スリランカでも起こるのか、確かめましょう”。」

アンナと移民の男性は、インドでもスリランカでも、ダートの治療では、雄牛の精液や薬草を用いた治療儀礼が行われ、患者には結婚するよう促される、ということを知った。男性は、帰国して治療を受ければ治る可能性があることが分かり、安堵したという。こうしてアンナは男性に帰国

を促し、回復すれば、結婚してイタリアに戻ってくるようアドバイスした。その後、男性は帰国したという。

以来、全く音沙汰がなかったというこの男性は、筆者がアンナとインタビューをした数週間前、突如、連絡をしてきたという。男性は、10年前に既にイタリアに戻っていて、別の街で暮らしていた。彼は、未だ独身で、症状はおさまるところか悪化していた。過去10年間で9名の心理士による心理療法を受けてきたが、誰一人として彼がどのような精神障害に苦しんでいるのか理解しなかったという。そこで男性は、どうしても、再度アンナと話したいと、支援者であるソーシャルワーカーに頼み込み、連絡をしてきたのであった。アンナは満面の笑みを浮かべながら、「彼はまだ私の（古い）電話番号を持っていたの。私の番号が記された名刺をね!」と述べ、再度、頼ってきてくれたことに心を打たれたのだと筆者に語った。

男性が、自分の家庭医にダートについて話し、生理学的な検査をしたのかどうか、アンナはまだ確かめられていなかった。そこでアンナは、まず彼の家庭医に電話をして事情を説明するつもりだと語った。「私は、もし、この障害を医学的な見地から検証するとしたらどうすればいいのか、もう考えてあるのよ。泌尿器科医に処方箋をだしてもらって、患者に適合する不安緩解放を、精神科医ではなく¹¹⁶家庭医に処方してもらうというのは、解決策となりうるわ。」

さて、ここでは、臨床家が優先的に考慮する治療体系の順番が逆転している。西洋近代的な心理療法を学んだアンナは、男性の症状が不安症と呼べるようなものだと認識したものの、自主的に男性の出身地域の治療体系を参考にすることで、ダートという診断を出しているのである。もちろん、男性が、教科書に記述されていたというダートの典型的な患者像と一致していたという、「偶然の幸い」も関係しているのもであろう。だが、それは、誰もが出せるような診断ではないことは、過去十年間、男性の治療にあたったとされる9名の心理士の誰一人として、アンナのような診断をしなかったことから明らかであろう。

また、男性の精神障害は、文化結合症であるダートだと診断したアンナは、治療者としての立場から退いている。西洋近代的な精神医療の専門家として、アンナは男性にたいし、心理療法すすめることもできたはずだが、そうしていない。アンナは、男性をまるで同僚のように扱いつつ、両者にとって未知の精神障害について共に学び、その療法を見出し、適切な治療ができる専門家に相談するよう男性に助言している。前節の臨床家た

ち同様、アンナが、自らが専門とする治療体系が常に有効とは限らないという認識をもっているからこそ、可能なことだといえる。だからこそ、その13年後、男性がアンナを探し出し、再び頼ってきたという後日談は示唆に富む。男性は、アンナがダートに効果的とされている伝統的な治療をできないと分かっているにもかかわらず、アンナを自らの治療者として選んだからである。

こうして、治療体系としての心理療法と臨床家としての自分自身の限界を認識しているアンナは、西洋近代的な治療体系と、男性の出身地域の治療体系が重なりあう境界を見出そうとしているのだといえる。ダートという診断を覆さないまま、ダートのどのような側面が、西洋近代的な医療でも診断と治療が可能なのかを見極めようとしているからである。泌尿器科の処方箋は、その一例である。これは、第4章で取り上げた精神科医のイングレーゼの論考にあったように、臨床家が異質な治療体系による病いの解釈をとおして、自分が拠り所とする治療体系とより深く固い絆を結び、自らの世界観を拡大する、という機会をアンナが得たということだと考えられる。イングレーゼは、臨床家が世界観を拡大するとき、それぞれの患者に適したという意味での、治療者の「製造」が完了すると論じていた

(Inglese 2010[1997]: 114)。アンナは、スリランカ出身の男性の治療者として「製造」されつつある、といえるのではなからうか。

ここまで、臨床家が自ら移民の治療体系を考慮して移民の精神障害を診断し、母国で治療を受けるよう促したという語りをみてきた。前節の煎じ薬の事例でもみたように、筆者が出会った臨床家は、移民に求められなくとも移民の母国の治療体系を考慮しようとし、移民にたいしては、母国で行われている治療を利用するよう促す場合もある。それは概ね、イタリアでの滞在期間が浅く、文化的にあまり変容が進んでいないような移民にたいして行われるのであるが、例外もある。次にとりあげる語りでは、臨床家は、心理療法を求めてやってきたイタリア社会に適応しているといえる南米出身の女性に、母国の治療体系にのっとった療法を試すよう勧めたのである。では、臨床家がどのような経緯で、移民にそのような助言をしたのかをみていくことにしよう。

西洋近代的な治療体系を必要に応じて度外視する

患者と臨床家それぞれの信念と価値観を、どのようにすれば最適な形で組みあわせたサービスが提供できるのかを研究している米国の医師であるティルバート (Mayo Clinic 2021) は、アメリカ国立衛生研究所の生

命倫理学者のミラーと共に、前出のキーネ同様、メディカルプルーラリズムにおける医療者のための指針と呼べるものを提唱している。臨床家が、西洋近代的な医療以外の、いわゆる補完代替医療による治療を患者に勧めるのは、次に挙げる二つの条件のいずれかが整う場合だと論じているのである（Tilburt and Miller 2007）。第一の条件とは、エビデンスに基づき、補完代替医療の危険性と利点を考慮した上で、西洋近代的な治療体系の「正当な代替」になりうると判断される場合である。例えば、鍼術は、「正当な代替」とみなされている。数多くの無作為化試験により、術後の成人や妊婦の嘔吐に対して効果的であることが実証されているからである（Kaptchuk 2002）。第二の条件とは、西洋近代的な治療で十分な効果が得られない場合である。こうしたとき、ティルバートとミラーは、効果について決定的なエビデンスがなくとも、臨床家は安全と思われる補完代替医療の評価を行い、患者に勧める用意ができていべきだとしている（Tilburt and Miller 2007:490）。煎じ薬と前出のダートの事例は、これに相当するといえるであろう。ところが、筆者が出会った臨床家のなかには、ティルバートとミラーが想定していないような条件のもと、移民に母国の治療体系を用いるよう勧める者もいた。次に取り上げるのは、そうした臨床家による語りである。

50代のダーナは、長年、西アフリカの治療師たちと協働する精神保健事業に携わっており、伝統医療全般に関する知識も豊富で、同僚からも一目置かれる心理士である。ダーナはこうした知識と後述する自分自身の経験を活かして、とある移民の女性が苦しむ複数の身体的および精神的な病いにたいして、その移民の治療体系にのっとった解釈をしたことがあるという。

ある日、ダーナの個人クリニックに、南米出身の30代の女性がやってきた。この移民の女性は、酷い鬱状態だったうえ、甲状腺疾患や子宮線維腫¹¹⁷の度重なる再発にも悩まされていたという。ダーナは、ソシオグラム¹¹⁸や家系図を作成するために、今までの人生について移民の女性に尋ねたところ、とある失恋の経緯に興味をひかれたという。移民の女性は、10代の頃、地元の人気者でサッカー選手でもあった青年と交際していた。だが、とある女性がこの青年に横恋慕するようになると、青年は人が変わったようになり、やがて二人は別れたという。

ダーナは、移民の女性のボーイフレンドに横恋慕した女性が嫉みから邪視を放ち、移民の女性に呪いをかけた可能性があると考え、女性にたいして、母国で信頼できる司祭などに相談するよう促したという。このときダ

ーナは、アンナのように、何らかの教科書を参考にしたわけではない。自らの経験にもとづき、移民の治療体系を用いるべきだと、ダーナは判断したというのである。以下、話の本筋から横道に逸れるが、これがどういうことなのかを簡単に説明しておく。

ダーナは初回の面談で女性の話を聞きながら、女性の「生命の危機」を感じ取ったという。なぜ、そのような印象を受けたのか、ダーナ自身は理解できないままだったそうだが、女性の失恋の経緯を知ったとき、謎がとけたのだという。「(移民の女性から感じ取った生命の危機は)私の身に覚えのあるものだったから」とダーナは言うと、筆者に次の様な体験談を語ってくれた。

ダーナは以前、西アフリカで保健事業に携わっているさい、とある人物の恨みを買って、呪いをかけられたという。ダーナはイタリアに帰国後、高熱を出して寝込み、意識不明となった。ダーナの病いについて知らせを受けた同地の治療師たちは、皆でダーナのために治療儀礼を行い、呪いを解いたところ、ダーナは回復したという。「私が(移民の女性の)生命の危機を知ることができたのは、私も(同様の)生命の危機から、なんとか逃れることができたからだ、と考えているのよ。分かる?…こうしたことを言うと、”一体どうしたらそんなことが言えるんだい”、と言われそうなんだけど…。客観的なことは何もないの。より研ぎ澄まされた感覚の問題なのよ。」

話を本筋に戻そう。ダーナの助言に従った移民の女性は、母国の姉をとおして司祭と連絡をとり、自分に「7つの死の呪い」がかけられていることを突き止め、相談をした女司祭にその呪いをひとつずつ解いてもらったという。全ての呪いがとけたタイミングで、20年以上、話もしていなかった元ボーイフレンドからの電話を受け取ったという女性は、元ボーイフレンドと昔のように話げできたのだ、とダーナに語ったのである。「この時点で、彼女が鬱状態から抜け出したことは明らかだった。完全にね。

(中略)一ヶ月後、フォローアップの面接をしたわ。それまでの間、彼女は子宮線維腫の診察を受けに行ったんだけど、悪いところなんて、もうどこにもなかったのよ。」

さて、先程の事例とは異なり、ダーナは、移民の母国の治療体系と西洋近代的な治療体系が重なりあう境界を見出そうとはしていない。ダーナは、移民の女性の病いを、移民の母国の治療体系にのっとり、呪いによる病いだと考える一方で、西洋近代的な治療体系にのっとり、精神的な障害を鬱状態と診断し、身体的な障害はそれぞれ子宮線維腫と甲状腺疾患だと

述べていた。また、移民の女性にかけられていたという呪いが解かれた後、子宮線維腫が完治していたという話を紹介したとき、西洋近代的な治療体系に基づき、どうして完治したと考えられるのか、筆者に説明することもなかった。ダーナは、二つの異なる治療体系の境界を見出す必要性を覚えていないのだといえる。

自分自身の経験を活かし、理性ではなく感性といえるもので病いの解釈をしたといえるダーナは、理性を病いの解釈の拠り所とする、自らが専門とする西洋近代的な治療体系を必要に応じて度外視しているのである。こうした振る舞いは、第2章で紹介した、臨床家を対象とした研修でアプローチとして推奨されていた、ということ思い出したい。研修の講師をつとめた精神科医のアンコラは、それぞれの移民に適切な精神保健サービスを提供するとき、ひとつの治療体系だけに基づく「単線的なアプローチ」はできないと述べていた。そして、講師等の議論にたいして、参加者のひとりが、哲学者ヴァッティモとロヴァッティが編集したアンソロジー『弱い思考』（1983）で展開された議論を彷彿とさせるとコメントしていた。

例えばロヴァッティは、同書において、哲学者ミシェル・セールによる「新ゼノン」と題された論考を紹介している（Serres 1980）。セールの論考に登場する古代ギリシャの哲学者エレアのゼノン¹¹⁹は、旅に出たものの、行程を計算しても計算通りに進めるのではないことに気づき、すべてをくじで決めて進むようになる（Serres 1991[1980]:5）。そして「新ゼノン」は、「少しも理性を放棄しない」のだが、「無秩序が習慣と日常的なものとの状態を産み出して」おり、理性とは「数ある特異さのうちのひとつであることを知る」のである（ibid.:6）。ロヴァッティはセールの議論をふまえて、「もろもろの理性はすべて、ローカルな所産であり、部分的、相対的にしか役に立たない羅針盤なのだ」として、理性は「個々の事例ごとに応用すべきだ」という指摘をしている（Rovatti 2012[1983]: 53）。

イタリアの精神保健サービスで臨床家たちに求められているのは、セールが描写し、ロヴァッティが評価するような「新ゼノン」のような姿勢であろう。臨床家たちは、西洋近代的な治療体系の専門家として、理性的な解釈を拠り所としつつも、非理性的な解釈も用い、その都度使い分けていくということを、目指していると思われるのである。

本節では、移民の治療体系に関して基礎的な知識は持っている臨床家が、移民にたいして移民の治療体系の専門家に相談するよう促しながら、

複数の治療体系をブリコラージュの要領で用いていたといえる臨床家らの語りを紹介した。いずれの臨床家も、移民の治療体系にのっとった病いの意味の解釈は試みるものの、移民の治療体系に則った治療は自ら行わないという共通点があった。筆者が知る限り、これは、移民の治療体系を採り入れようとする臨床家にとっての前提となっているのだが、次に、例外となる事例についての語りをみていくことにしよう。

7.3 移民の母国の治療体系のみの取り扱いに伴う臨床家の同化

ここまで、イタリアで提供可能な療法を移民の出身地で行われている療法の代替として移民に提供した臨床家や、移民にたいして、移民の出身地の治療体系の専門家に相談するよう促したという臨床家の語りをみてきた。インタビューにおいて、病いの解釈や療法の特定といった場面で、移民の治療体系を採り入れたと筆者に話した臨床家は、どちらかの方法で移民の治療体系を採り入れていたのであって、臨床家が自ら移民の治療体系に則った治療を行うわけではなかった。ところが、ひとつ例外的な治療についての語りがあったので、本節で取り上げることにする。

国際結婚をした夫妻の家族療法の事例で紹介した、家族療法家であるカルラは、移民の出身国の治療儀礼とも呼べるような、極めて変則的な一種の家族療法に繰り返し参加していた時期があったという。そこでは、リーダー格の家族療法家が、移民の伝統医療の治療師のようにして、自ら精霊を招喚していたというのである。リーダー格の男性が移民の出身地の治療師として修行を積んだのかどうか、カルラは語らなかったが、カルラはその治療体系に関して、専門的な知識は持ち合わせていなかった。それにもかかわらず、彼女はこのリーダー格の家族療法家とともに、治療者の一人としてセッションに加わったのだとして、そのときの様子を次の様に語った。

（精霊に取り憑かれたという）人が、精霊と話していると…精霊に取り憑かれたと感じている時は、通常、セッションはかなり特殊になる。非常に難しいの。私にとっては、かなり未知の領域に移動することになって、そこで私は患者に自分を委ねなければならない。あるいは…、少なくともクリニックにいるときは、鏡の後ろのチーム¹²⁰に自分を委ねなければならない。それは、まさに外からの視点を維持するために必要だからよ。なぜなら…こうしたセッションでは、自分自身がかなり巻き込まれてしまうのよ。

こういうことが頻繁にあったのよ。とあるグループと働いている時にね。彼らはこうした（伝統医療に則り精霊を呼び出すような）方法を用いていて…私は少々…危険だと感じていた。時には、（患者は）正真正銘のトランス状態に入ったし…。思うに、そうした状態を統制する大きな能力を持っているということは…それはいずれにせよテクニックであって、患者を少し操るようなテクニックでもある。それが、こんなふうに、魔法のように使われるのだとしたらね。そうでしょう？ 私は、セッションの特定の文脈ではかなり居心地が悪い思いをした。

カルラは、治療者としてセッションに参加しているにもかかわらず、治療者としての能力を十全に発揮できずにいたのではなかろうか。移民の母国の治療体系について専門知識がないカルラは、移民に「自分を委ね」、移民の考えかたなどの解釈を試みることなくそのまま受け容れることで、解らないものは解らないものとして留め置こうとしたのだと考えられる。イタリアの臨床家らが、翻訳が不可能あるいは困難な他者性を取りあつかおうとするとき、そうした他者性を解らないものとして留め置こうとするのだということは、民族精神医学をとりあげた第4章や前章で既にみてきた。こうすることで、前節のダートの事例でもみたように、西洋近代的な治療体系で介入できる部分を特定することが可能となる場合もあると考えられる。ところが、カルラが参加したセッションでは、西洋近代的な治療体系（家族療法）と移民の母国の治療体系（治療儀礼）をブリコラージュの要領で用いるという手段がとられていたわけではないようである。治療は、移民の母国の治療体系にのっとった、カルラにとっては「未知の領域で」ですすめられていたため、彼女は西洋近代的な治療体系を部分的に活用する機会も得られなかったと思われる。カルラが、治療者としてのイニシアティブをなかなかとれなかったであろうことは、「自分自身がかなり巻き込まれる」という発言から推し量れるのである。

ここで改めて確認できるのは、移民の治療体系を採り入れることに伴う危うさである。第4章では、家族療法家のロージが、移民の「出身地の文化における固有の解釈に基づいた仮説を受け容れるようにせきたてると」（Losi 2010: 133）移民が治療を中断する場合もあると述べ、移民の治療体系の理論のみを考慮することが、適切ではないことを指摘していた。この語りでは、臨床家にとっては、自分自身が専門的な知識をもたない移民の治療体系の理論のみを応用していくことは、たとえ、移民の治療体系について専門的な知識を持っている同僚の補佐があったとしても、好まし

くないことが示されている。臨床家が治療者としての能力を十全に発揮できない可能性があるというだけでなく、臨床家にたいして、移民の文化への同化が促されうるからである。カルラは、リーダー格の臨床家が移民を操るようなテクニックを用いていたと述べていたが、そのようなテクニックが自分自身にたいしても行使され、移民の文化への同化が促されていたとカルラは感じていたのではなかろうか。だからこそ、カルラは居心地が悪い思いをしたのだ、と解釈することも可能であろう。

さて、ここまで、病いの解釈や療法の特定を試みるさいに、移民の母国の治療体系を採り入れたという臨床家たちの語りをみてきた。次節ではこれまでの議論を踏まえ、臨床家たちがどのように移民の母国の治療体系を採り入れようとしているのかを論じていくことにする。

7.4 素人のように振る舞う

筆者が出会ったイタリアの臨床家たちは、伝統医療や家庭療法、邪術などといった、移民の母国で行われているあらゆる治療体系を有効なものとして評価し、積極的に採り入れようとしていた。そのとき、移民の母国の治療体系に則った療法の代替となりうるような、イタリアで提供可能な療法を、移民の協力を得て見出すか、移民の母国の治療体系と西洋近代的な治療体系をブリコラージュの要領で用いるという、どちらかの方法をとっていた。また、移民の母国の治療体系について専門的な知識を持たないまま、移民の母国の治療体系に則ったセッションに参加したという臨床家の語りでは、移民の母国の治療体系を採り入れることに伴う危うさが浮き彫りとなった。移民の母国の治療体系のみを用いようとするならば、当然ながら、臨床家はその能力を十全に発揮できなくなったり、移民の文化への臨床家の同化が促されたりということにもなりかねないからである。では、移民の治療体系を有効なものとして評価する臨床家らは、病いの解釈を試みたり適切な療法を特定していく場面で、移民の母国の治療体系をどのように採り入れようとしている、といえるのであろうか。

まず、移民の治療体系を採り入れが試みられるとき、第4章でとりあげた民族精神医学の相補主義に則ろうとしていた。移民の母国で行われている療法の代替となり得る療法が提供された事例では、西洋近代的な治療体系にのっとり介入（血液採取、イタリアの煎じ薬）にたいし、移民の母国の治療体系にのっとり意味づけ（瀉血の儀礼、母が作る煎じ薬）がなされることで、移民に提供された療法は双方の治療体系のいずれもが優位にたたない療法になっていたといえる。一方、移民の治療体系と西洋近代

的な治療体系がブリコラージュの要領で用いられた事例では、複数の治療体系がその都度使い分けられることで、移民の病いに対して「多神論の一種」（Nathan 2003 [2001]: 77）とよべるような解釈がなされていた。そして移民の治療体系に則った極めて変則的な家族療法的一种に参加していたといえる臨床家の語りでは、相補主義は、臨床家が移民の治療体系の採り入れを試みるうえで、重要な指針であることが改めて示唆されていた。移民の治療体系のみを用いようとすることで、臨床家が治療者としての能力を十分に発揮できない可能性があったからである。

しかしながら、イタリアの臨床家たちが実践しようとしている相補主義は、厳密にはナタンが提唱したとおりの相補主義とはいえない。すでにみたとおり、ナタンの相補主義では、複数の治療体系で成立しうる解釈を可能とする、言説の境界を模索することが目指される。そのとき、ナタンは、病いの意味の解釈は「曖昧」なもの、より厳密には「媒介的（intermédiaire）」なものであるべきだとしており、臨床家の言説（精神分析）と移民の言説（伝統医療）の双方で意味を成すようにする必要があると論じている（Nathan 1988:97, Streit 1997:324）。そうすることで、理論的な一貫性や整合性の確保が目指されているのである（Streit 1997:324）。

イタリアで移民の治療体系を積極的に採り入れようとする臨床家たちが試みているのは、理論的な一貫性や整合性を確保することは特に目指されない、ゆるやかな相補主義である。ダートに関する語りと呪いに関する語りでは、臨床家たちが、移民の母国の治療体系にもとづく解釈のみを行い、西洋近代的な治療体系にもとづく解釈や治療を行わない場合があった。例えば、ダートの事例では、西洋近代的な治療は行われておらず、呪いの事例では、移民の回復について西洋近代的な治療体系にもとづく説明はなされなかった。相補主義にのっとり移民の母国の治療体系が採り入れられ、病いの解釈が試みられるとき、もし、ナタンが望んだような西洋近代的な治療体系と移民の治療体系の媒介的な解釈を成立させることが難しいのであれば、イタリアの臨床家たちは、移民の母国の治療体系を優位にたたせようとするのである。

こうした臨床家らの振る舞いは、クラインマンのヘルス・ケア・システムに関する議論で解釈が可能である。クラインマンは、西洋近代的な医療がヘルス・ケア・システムの全体をしめるものとみなすことは誤りだと指摘する（Kleinman 2021[1980]:63）。ヘルス・ケア・システムとは、多元的なもので、「民間セクター（popular sector）」と、「専門職セ

クター (professional sector)」、「民俗セクター (folk sector)」という三つのセクターが重なりあうものなのである (ibid.:56) (図 7.1 参照)。民間セクターとは、「素人の民間文化の場」であり、ここで特定の症状が病気だと確定され、受けた治療の評価がなされるセクターである (ibid.:56-57)。専門職セクターというのは、主に西洋近代的な医療の専門家たちから成り立ち、この専門家たちは、「自分たちの見解は合理的であると考え、患者や一般大衆の見解、ほかの専門治療者や民俗的治療者の見解は非合理で〈非科学的〉であるとみなす」 (ibid.:64)。一方、民俗セクターは、おもにシャーマニズムに代表される宗教的な治療と、前出のアルゼンチンのポーランド系移民が用いるような植物療法を含む世俗的な治療が行われるセクターである。クラインマンによれば、ヘルス・ケアの素人である病者は「三つのセクターのあいだを (中略) 行き来する」 (ibid.:68) のだが、専門職セクターの医師は、診療室では、専門職セクターに留まる。しかし、帰宅するあるいは自らが患者の立場に立つようになると、民間セクターに移動するのである (ibid.:110)。

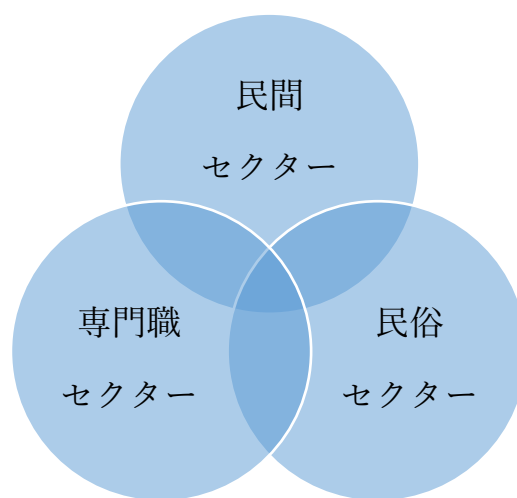


図 7.1 ヘルス・ケア・システム
クラインマン (2021[1980]:33) の図を参考に筆者が作図

一方、イタリアで移民の治療体系を積極的に採り入れようとしている臨床家たちは、診療室・面談室では、常に専門職セクターに留まるわけではない。必要とあれば、病いの解釈をするとき、あるいは療法を選択するとき、三つのセクターのあいだを行き来するのである。そのさい、ナタンが専門職セクターと他のセクターの重なりあう部分を見出し、そこに留まることで自分自身の相補主義を貫こうとするのにたいし、イタリアの臨床家

らは、重なりあう部分から踏み出す場合もあると考えられる。ダートの事例では、臨床家は、専門職セクターと民族セクターが重なりあう部分に踏みとどまったといえるが、呪いの事例では、臨床家は、そこから民俗セクターの領域に踏み出していたといえる。

解釈が困難な移民の他者性である移民の治療体系を評価するイタリアの臨床家たちは、素人のように振る舞うのだといえる。心理士のアンナが、精神医学と心理学、伝統治療を同時に試していた精神障害者の行動が「理に叶っている」と評価していたことを思い出したい。素人のように振る舞うということは、どの治療体系についても専門知識がないかのように振る舞うということで、言い換えれば、特定の考えかたに囚われない、ということである。こうして彼らは、ヘルス・ケア・システムの多元性を、素人の精神障害者のように十二分に活用しようとしているのだ、と考えられる。

さて、本研究ではこれまで、第二部と第三部で、文献研究の結果とイタリアでの聞き取り調査と参与観察の結果を紹介してきた。第二部の第3章と第4章では、イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる臨床家たちが、どのような指針に基づき移民の他者性を取り扱おうとしているのかを詳らかにするため、彼らが参考にしているデ・マルティーノとナタンの思想がどのように解釈され臨床に結び付けられているのかを検討した。そして第三部の第5章から第7章までは、筆者が出会ったイタリアの臨床家たちが、診断や治療の場面で、移民の他者性をどのように取り扱おうとしているのかを、主に臨床家たちの語りと参与観察のデータをとおして検討した。次章では、これまでの議論をふまえ、考察をおこなっていくことにしよう。

第8章 他者性を尊重するための治療思想

まず、ここまでの議論をまとめておく。イタリアで移民の他者性に注目する臨床家たちは、隔離や管理を必要とする精神障害という他者性に十分に配慮できず、精神障害者の同化を促す可能性が排除しきれない、地域精神保健制度のもとで移民と出会っていた。そして、重篤な精神障害に苦しむことがある難民が急増した昨今、彼らは、入院治療が殆ど行えずジレンマを覚える一方で、難民のための精神保健事業に参加して業績をあげたり、所属する団体・学派の運営を強化したりしようと、他の都市や学派・団体で活動する臨床家らと競争をしていた。そうしたなか、彼らは、移民の他者性を取り扱ううえで有用となりえる指針を得ようと、イタリアの民族誌家とフランスの心理士の思想を参考にしていた。デ・マルティーノの思想からは、自分自身の特性に目を向け、移民の他者性を「歴史過程の諸関係のなかで」解釈するという指針を導出し、ナタンの思想からは、解釈が難しい移民の他者性の解釈は第三者にも委ね、解らないものとして留め置く決断もくだすという指針を導出しているといえた。こうした指針を念頭に、臨床家らは主に三つの他者性に注目し、その解釈を試みたり、適切な取り扱いかたを模索したりしていた。まず、病いの解釈を試みる臨床家たちは、特定の考えかたのみに依拠せず、自己の他者性を認識していくことで、移住・移動の経験という移民の特異性を考慮するか否かの判断を付けており、それはナンシーがいうような「脱-白」(Nancy 2017[1999]:46)と捉えることのできる振る舞いであると考えられた。一方、潜在的な他者性の顕在化を図るときは、第三者の介入があった。このとき、各人の他者性を「鏡」のように映し出す第三者が、イタリア人の他者性については見直しを、移民の他者性については尊重を促すことで、イタリア人・臨床家と移民のあいだに、ナンシーが論じるような「分有」(Nancy 2017[1999]:45-46)の関係が打ち立てられようとしているといえた。さらに、診断や治療の場面で、解釈が難しい他者性である移民の治療体系を採り入れようとする臨床家たちは、西洋近代的な治療体系と移民の治療体系の境界を必ずしも模索するのではなく、移民の治療体系を優位たたせる場合もあった。それは、クラインマンがいうような「専門職セクター」と「民俗セクター」、「民間セクター」(Kleinman 1980)を行き来する素人の病者のような振る舞いだとみなせた。では、イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる臨床家たちは、

移民に同化を促すことなく、どのようにして移民の他者性を取り扱おうとしているのであろうか。

8.1 移民の他者性の維持

まず、イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みる臨床家たちは、移民の他者性の維持を図ろうとしており、それは、次の二つの方法で試みられていた。第一に、臨床家らは、イタリア人と移民の間に第三者を介入させていた。第三者とは、臨床家と移民の精神障害者にとっての第三者であるメディエーターであり、家族療法においては、イタリア人の家族成員と移民の家族成員にとっての第三者である家族療法家であった。臨床家らは、メディエーターという第三者であっても、フィールドワークで人類学者とともに研究をすすめる現地人の共同研究者のように振る舞うべきだと考えていた。つまり、第三者に期待されていたのは、共同研究者に求められているような、解釈をとおした他者の文化的特性や社会的特性、特異性の明確化と、潜在的な他者性の顕在化であった。加えて、第三者は、他者性の尊重も促進する者だとみなされていた。メディエーターは、面談において移民の思考体系を強調することで、西洋近代的な形で心の病いに向き合うよう促しうる臨床家のプレッシャーから、移民を守るべきだとされており、家族療法家は、移民の家族成員の価値観や見解を明示する一方で、イタリア人の家族成員にその尊重を促していた。

第二に、臨床家たちは、解釈が難しい移民の他者性は、解らないものとして留め置こうとしていた。例えば、臨床家は、メディエーターにたいして、翻訳不可能な概念などは無理に訳さず、その翻訳不可能性の明示を求めている。また、診断や治療の場面で、移民の出身地の治療体系を積極的に採り入れようとしていた臨床家たちは、西洋近代的な治療体系の理論では解釈できないような病いについて、何らかの意味や説明を常に見出そうとはせず、ダートの事例の語りでみたように、治療者としての地位から退く場合もあった。移民の他者性の維持につとめる臨床家らは、他者性の解釈を諦めることもあり、それも他者性への配慮のひとつのありかただと認識していたのである。なぜなら、移民の他者性のすべてを解釈しようとすることは、差異を排除し、他者の同化を図ることにもつながるからである。だからこそ移民の他者性の維持に努める臨床家らは、移民の他者性を常に障壁とみなし超越しようとはしないのである。では、彼らは、維持しようとする移民の他者性を、どのように評価していたといえるのであろうか。

8.2 移民の他者性の活用

移民の他者性は価値あるもので、積極的に活用すべきものと評価されていたといえる。家族療法家は、移民の家族成員の価値観や見解は尊重に値するものとして肯定し、療法を特定する場面で移民の出身地の治療体系を採り入れようとする臨床家たちは、異質な治療体系を効能のあるものとみなしていた。同様に、臨床家らは、移民の病いに関する知識や経験を評価し、移民を自らの病いの専門家と見なしていた。移民の出身地の治療体系を考慮した診断や治療を行ったという臨床家らが、移民と共に、病いの意味の解釈を試みたり、適切な治療のありかたを見出したりしていたことは詳しくみてきた。

また、移民の他者性を評価し、活用しようとする臨床家らは、移民の出身地の治療体系を、西洋近代的な治療体系と共に活用しようとしていた。臨床家たちは、病いの意味の解釈を試みたり適切な療法を見出そうとしたるときに、複数の治療体系を相補主義的に用いていたのである。そのとき、ダートの事例の語りでみたように、複数の治療体系が重なり合う境界が模索される場合もあったが、そうした境界が見出せないときには、呪いの事例の語りであったように、臨床家は、自分自身が専門とする治療体系よりも移民の治療体系を優位に立たせていた。

移民の他者性を活用しようとするイタリアの臨床家たちは、その都度、自分自身が抛り所とする場を離れ、他者の抛り所へと向かう。これは、ナンシーが論じていたような「一方から他方への移行」を意味する「脱-白」が常に目指されているということである（Nancy 2017[1999]:46）。ナンシーは、他者とのコミュニケーションをとおした「おのれの脱白」により、「〈私自身〉の他性（他者性）」（*ibid.*:204）が顕れるとしていた。ならば、臨床家たちが移民の他者性を適切な形で取り扱おうとするとき、彼らが実際に向き合わねばならないのは、移民の他者性そのものではなからう。

8.3 臨床家自身の他者性と向き合う

移民と出会うとき、臨床家たちは、臨床家自身の他者性と出会っているのである。まず、臨床家らは、それまで意識することがなかった、一個人としての文化的特性や特異性を発見するようになっていた。例えば、移民の母国では、男女の親密性を必ずしも追求しないことが子どもを持つ夫婦関係のあり方であることを知り、夫婦関係で男女の親密性に重きを置くこ

とは、イタリアの文化的特性であることを学んだ家族療法家たちがいた。親しい人を失うような苛酷な経験を経ても、そのことで病んだのではなかった移民の病いを、長期間にわたりトラウマに関連付けてしまい、適切な解釈ができなかったという心理士は、親しい人の死・喪失といったテーマを冷静に扱えない自分の特異性に初めて気付いていた。

さらに、移民と出会う臨床家らは、心の病いを専門とする治療者としての文化的特性を認めるようになっていた。まず、いずれの臨床家も、移民にたいして用いられる治療体系としての、精神医学や心理療法の限界を強く認識するようになっていたといえる。言い換えれば、西洋近代的な医療を、西洋の文化的特性だとみなしていたのである。療法を選択する場面で、臨床家たちが移民の出身地の治療体系を採り入れようとするのは、向精神薬や胃粘膜保護剤といった西洋近代的な療法が、移民にとって効果的ではなかったからである。文化結合症や呪いによる病いは、西洋近代的な療法で対応することは難しいとして、ヒーラーや司祭に相談するよう助言した心理士たちもいた。これは、心の病いの専門家としての地位から退くということでもある。さらに、精神障害の診断を試みるうえで、自身の知識や技能が十分ではないという理由とは別の理由で、精神障害の専門家としての地位から臨床家が退く場面もあった。近年、難民受け入れ国の臨床家が、難民の話を書き添える「専門家の証言者」(Fassin & Rechtman 2009: 274) となっていることを認識するようになった臨床家は、自分自身のこの文化的特性を活かし、PTSD と苛酷な・移住移動の経験を関連付けるレトリックにもとづく診断書を書き裁判所に提出することで、難民の支援を図っていた。

そこで、序論の冒頭で取り上げた、価値観の多様化がすすむ現代社会における課題に話を戻したい。移民の増加にともない、精神保健サービスを提供する場が、価値観の多様化が進む社会の縮図へと転じたことから、精神保健の現場で移民をどのように位置づけるのかが問われるようになっていく、ということを筆者は指摘した。移民の他者性に配慮しようとするイタリアの臨床家は、各移民が適切な精神保健サービスを利用できるよう、移民の文化的特性や特異性を考慮しつつも、移民をホスト市民同様に扱うことで、地域精神保健制度への包摂を試みる。ところが、ここまでの議論をふまえば、地域精神保健制度のなかで位置づけられるのは、移民ばかりではないことは明らかである。

筆者が出会った臨床家らは、移民の他者性を考慮する場面では、自分自身のなかに他者を見出すという異化をとおして、「脱-白 (dis-

location)」（ibid.:46)を繰り返していたといえる。移民によって、臨床家たちは位置づけ直されていたのである。こうして臨床家らは、移民をホスト市民同様の者として、地域精神保健制度のなかに位置づけるだけでなく、時として、西洋近代的な治療体系以外のものも拠り所とする、地域精神保健制度における「他者」となることで、各移民にたいして適切なサービスを保障しようとしているのである。

8.4 臨床家自身の他者性の尊重

では移民とやりとりをするたびに、「脱-臼 (dis-location)」し自己の異化を繰り返す臨床家たちは、この経験をどう捉えているといえるのであろうか。それは、移住・移動の経験が移民にとって両義的であったように、臨床家にとっても両義的なものだと思われる。ナンシーもそれは、「危険」とも「幸運」とも捉えられるという指摘をしている

(ibid.:148)。例えば、移民から治療儀礼を求められ、西洋近代的な治療体系の枠組みでなんとか応じようとするものの、最初は困惑するばかりであった臨床家もいれば、親しい人の死を冷静に扱えない自らの特異性に気づき、しばらく反省を強いられた臨床家もいた。一方、携帯電話で家族と繋がったことで病んだ移民の事例や、イタリア社会にうまく適応したからこそ病んだ移民の事例に驚いたという臨床家らは、移住・移動の経験と精神障害を関連付ける考えかたに囚われていたことに気づき、臨床家として知見を広げたのである。苦しみを伴うものであれ、喜びをもたらすものであれ、自己の異化とは、臨床家が、一個人としての特異性や、臨床家としての知見・技能といった特性と向き合い、それを試したり改めたりする機会となっていたといえる。言い換えれば、臨床家自身の他者性を尊重する機会になっていたのである。

筆者が出会った臨床家たちには、この両義的な自分自身の他者性の尊重の機会を、できるだけ肯定的にとらえ、楽しもうとする傾向がみられた。ダートの事例では、心理士は、移民とともにダートについて学んだうえ、西洋近代的な治療体系にもとづく治療の可能性を模索しており、これを学びや実験的な試みの機会としてとらえていたといえる。また、難民の信頼を得ようとする精神科医が、メディエーターにしゃべらせ、自分は黙っているというような「茶目っ気」のある面談ができるのは、従来とは異なる役割を担うことに抵抗を覚えるのではなく、そうすることに何かしらの魅力を感じるからだと考えられる。

ところが、移民との出会いをとおして、一個人としてそして臨床家としての能力や可能性を尊重することに積極的な臨床家たちは、大きな矛盾を抱えている。現在、最も尊重する必要があると思われる、移民に適切な精神保健サービスの提供を試みる臨床家としての、自分自身の能力や可能性は軽んじているといってもよい。彼らは、異なる理念や理論を抛り所とする他の都市や団体・学派に所属する同僚たちと、殆ど交流しようとはしない、ということを出し出した。ここまで詳しく見てきたとおり、移民の文化的特性や特異性にたいしては真摯な態度で向き合おうとする臨床家たちは、同僚の特性に対しては、無関心であったり、それを自分自身の特性よりも劣ったものとみなしたりする場合もあった。

このような状況を、他者と「〈合一〉(communier)しないそのことによって〈通い合(う)〉(communiquer)」(Nancy 2017[1999]:46)というナンシーの「分有」の概念を用いて解釈すれば、次の様な予想ができる。移民の他者性に注目するイタリアの臨床家たちと移民の精神障害者たちとの出会いから、地域精神保健制度のもと、移民の精神障害者とイタリア人の臨床家からなる共同体が現れうる。その一方で、他の街の同僚の他者性を積極的に顧みようとはしない同じイタリアの臨床家らは、自分たちの街に留まり続けることで、自分の街で同じ理念や理論を共有する臨床家らから成る「共同体」と思えるものを、やがて消滅させうる。合一ための共同体は、「未来を形作ることもなしえない」(ibid.:25)のである。

現在、イタリアで移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供が試みられる場において形成されつつあるのは、移民の他者性だけでなく、臨床家の個々人としての他者性、そして心の病いの治療者としての他者性も尊重するための治療思想であることは間違いないであろう。だがそれは、移民の心の病いの治療者としての他者性も尊重するための治療思想ではまだない。筆者は、あらゆる他者性を尊重するための治療思想を確立しうる、学派の垣根を越えた共同研究や共同保健事業を始めている若い世代の臨床家たちに希望を託したい。

結論

本研究では、文献研究と聞き取り調査、参与観察をとおして、移民の他者性に配慮した精神保健サービスの提供を試みるイタリアの臨床家たちによる、移民の精神障害者の他者性の取り扱いかたに関する省察を検討することで、彼らがどのような治療思想を形成しつつあるといえるのかを考察してきた。臨床家らは、移民の他者性を維持し活用しようとする中で、自分自身の他者性と向き合うことになっており、それが自分自身の他者性の尊重に繋がっていた。そうした彼らが形成しつつあるのは、移民の他者性も臨床家の他者性も尊重するための治療思想といえた。

しめくくり、議論の文脈を、再び、地域精神保健制度からイタリア社会に移したい。そうすることで、他者性を尊重しようとするのが、イタリア社会という共同体にとっては、何を意味しうるのかを考えてみよう。

ナンシーは、「共同体は、個人性そのものを拵えた後の個人の集合なのではな（く）」、共同体が他者性を構成する、と論じていた（Nancy 2017[1999]: 202-203）。他者性は共同体によって構成されるのであるから、共同体のなかで「個々の特異性の合一はありえない」（ibid.: 52）のであり、「共同体はいつも他のいくつもの共同体によって作られる」（Nancy 2017:224）のである。これは、他者性の尊重により共同体が生じるということであり、また、多様な他者が集っていること、人の多様性が認められることが、共同体が共同体であり続けるための原動力となっているということである。

イタリア社会は、ナンシーが論じるような共同体だといえる。1861年に、それぞれ古い歴史を誇る複数の都市国家が統一されたものの、イタリアは、全体的に均一な社会とはいえない。いまだに経済的にも文化的にも地域差が大きく、一体性に欠けるのである。それは、それぞれの旧都市国家が、共同体のなかの他者どうしのように、振る舞ってきたからなのではないか。つまり、旧都市国家は、イタリア統一以来、イタリア共和国という大きな共同体のなかで、他の旧都市国家と「合一しないそのことによって〈通い合（って）〉」（Nancy 2017[1999]: 46）きたと考えられるのである。

そこで、序論で言及した、イタリア南部の問題に話を戻したい。イタリア南部人は、イタリア北部や中部の人々と民族的に異なるわけではないにもかかわらず、イタリア社会全般において「他者」として位置づけられ、イタリア北部や中部に移住した者は北部人や中部人のみならず、南部人からも「移民」とみなされる。このような南部人の周縁化や、決して好まし

いとはいえない南北分断の問題が、イタリア統一以来、いまだ解決されていない理由を、歴代政府の対応の不適切さや無関心、あるいは南部を中心として勢力を誇るマフィアの存在に見出すこともできよう。だが、イタリア南部人が「他者」と位置づけられ続けるのは、イタリア社会にとって、なんらかの必要性もあるからだとは考えられないであろうか。

誤解のないように断っておくが、筆者は、イタリア南部人の周縁化やイタリアの南北分断を肯定するわけではない。一部のイタリア人によるイタリア南部人に対する差別や、イタリア南部の貧困は、解決が必要とされる問題である。かわって、ここで筆者が注目したいのは、イタリア南部人を「他者」とみなすことである。それは、必ずしもイタリア南部人の周縁化を意味するのではない。

イタリア南部人自身も、イタリア北部や中部に移住した南部人を「移民」と呼ぶことからわかるとおり、南部人は、イタリア北部人や中部人を「他者」とみなしている。これは、南部人と北部・中部人が互いに「合一」しないそのことによって「〈通い合（つて）〉」（*ibid.*）いるということだといえないであろうか。ならば、逆説的ではあるが、イタリア社会では、南部人と北部・中部人がたがいに「他者」と認め合い、南部と北部・中部が分断されていることで、共同体としての安定性を保っていると考えられないであろうか。つまり、イタリア社会にとって、地域間の差異の維持あるいは尊重は、イタリアが共同体として存続するために必要とされている可能性がある。

イタリア社会における他者性の維持・尊重が意味するところをとおして浮かび上がるのは、本論冒頭で言及したような欧州諸国の社会にみられる多様性の推進の二面性である。他者を包摂しようとするとき、他者の同化が促される可能性が排除しきれないように、他者の他者性を維持・尊重しようとするとき、それが他者の周縁化へ転化する可能性も排除しきれない。そうしたとき、他者の同化も周縁化も回避しようとするなかで、移民の他者性の活用と自己の異化をとおして移民に精神保健サービスを提供しようとするイタリアの臨床家たちによる試みは、ひとつの指針となり得るはずである。

註釈

¹ オランダにおいては、誰でも「臨時」の司式者になることができるうえ、カップルは自由に司式者を選んだり、事前に司式者と面談をしたりすることができる。同性のカップルが、婚姻届を出す日に司式者から挙式を拒まれるということは、実際には起こりえないのである (Derek 2017:216-219)。

² 筆者は、移民と公共サービスの提供者のあいだで言語・文化的な仲介をするメディエーターと呼ばれる人々が登録する SNS のグループに参加しているが、時折、稀少言語を話すメディエーターの紹介をめぐってメッセージが交わされる。なおメディエーターについては、第 6 章で詳しく取り上げる。

³ このほか、移民の法的身分や社会的階級などといった社会的特性も考慮の対象となるのだが、これは精神障害者全般にたいして考慮するか否かが問われる他者性であるため、ここでは特にとりあげない。

⁴ 同じく旧植民地からの移民が多いフランスでの研究者たちによる議論は、イタリアの臨床家たちに大きな影響を与えているため、第 4 章で詳しく取り上げる。

⁵ フロイトの理論に則った精神分析では、長らく精神障害者の文化・社会的側面が看過され、移住・移動の経験を考慮した診断や治療が行われてこなかったが (Beltsiou 2016, Tummala-Narra 2015, 2016, Watkins 2012)、昨今、移民の精神分析家らが、精神障害者の移住・移動の経験のみならず、自分自身の移住・移動の経験も考慮した論考を発表するようになってきている。移民の精神分析家らの議論は、精神分析における文化的差異の取り扱われかたを取り上げるさいに紹介する。

⁶ ここでは、カンデルが 5 つの原則として論じているところを三点にまとめた。

⁷ しかしながら、クロプロマジンの重要な特性を認めた最初の人物は、フランスの外科医アンリ・ラボリだともいわれている (Healy 1998:91)。

⁸ 文化結合症 (CBDs/culture-bound disorders) とは、「ある特定の集団、文化や地域に特有の民俗的病い」 (American Psychiatric Association 2021) を意味する。ヘルマンは、「〈文化〉は決して均一ではないうえに、ある特定の時間・場所・社会環境というコンテクストにおいてこうした症状が起こる傾向があるために、これを〈コンテクスト結合障害 (context-bound disorder)〉と称してもよいだろう」と述べている (Helman 2018[2007]:274)。

⁹ フロイトが提唱した精神分析の理論を展開させていった臨床家らのなかには、早くから文化的特性と精神の関連性に着目し、診断と診療の場面における文化的差異の考慮の必要性を示唆していた者もいる。例えば、1930 年代にはハリー・スタック・サリヴァン、エーリッヒ・フロム、ケアレン・ホーニーらが、特定の文化的コンテクストを反映させた精神分析を提唱している (Tummala-Narra 2015:279)。また、ウィニコットは、人は、文化によって自分自身の存在を継続性のあるもの、つまり意義あるものとして捉えられるようになるのだと論じ (Winicott 1971)、ラカンは無意識を構成するものとして文化 (言語) に注目している (Lacan 1973)。

¹⁰ 文化能力は様々に定義されている。文化能力を取り上げた研究のレビューを行ったスーらによれば、文化能力を持つ臨床家とは、自分自身の文化と信条がどのようなものであるかを承知しており、患者の文化について知識を持ち、文化的に適切な介入ができる者、という認識が広く共有されている (Sue et al. 2009:528)。

¹¹ 心理療法全般において、ひとつの学派の理論だけを用いるのではなく、複数の学派の理論を用いることが臨床において有意義であるという報告が、昨今なされるようになってきている (Dimaggio and Lysaker 2014, Levy and Anderson 2013)。

¹² このほか、異文化間精神医学やトランスカルチャー精神医学といった名称も用いられている。

¹³ 現在では、文化結合症は、「特定の民族あるいは文化集団に固有であり、通常の精神障害の疾病分類には当てはまらない精神病と異常行動のパターン」 (American Psychiatric Association 2021) を意味するようになってきている。

¹⁴ ファビアンは、人類学者が他者を記述するとき、「未開」というような進化のひとつの過程を表す用語を用いることで、人類学者と他者の間に時間的な距離を打ち立てることを批判した (Fabian 1983:75)。ファビアンはこれを「共時性の否定」 (ibid.:31) と呼んだ。

¹⁵ クリフォードも、ターナーによる第三者の声を排除した記述のありかたにたいして、同様の批判をしている。ヴィクター・ターナーがデンプ族の治療師ムチョナから現地の宗教について聞き取りを行った時、それは、西洋的な教育を受けた現地人であるカシナカジとの三者間の会話となっていたという。ところが、民族誌ではカシナカジの声が記述から消されたのである (Clifford 1983:137-139)。

¹⁶ バザーリアの名前を冠した通称で知られる法律第 180 号であるが、同法を作成したのは、精神科医でキリスト教民主党に所属していたブルーノ・オルシーニ議員であった。

¹⁷ 難民認定の申請が却下され、鬱状態になり、自殺する難民について毎年のように報道がなされている (Martina 2018, Minella 2019 など)。

¹⁸ バザーリアは、精神病院に入院する女性の精神障害者たちをとりあげたトビーノの小説「マリアーノの自由な女たち (Le libere donne di Magliano)」 (Tobino 1953) を読み、それを学術書のように見なしていたという。しかし、ゴリツィアの精神病院に異動したとき、現実の女性たちは長期間隔離されていることを知り、トビーノの描写は「全て偽りだった！」と衝撃を受けたという。 (De Vecchis 2009:LXXI-LXXII)

¹⁹ 英国の精神科医のラッセル・バートン (1924-2002) は、精神病院に入院する精神障害者がこうした虚無感を覚え、無気力化・没個性化がすすむことを一種の疾患とみなし、「施設神経症」 (Burton 1959) と呼んだが、バザーリアは「私はより単純に施設化・制度化と呼びたい」 (Basaglia 2005[1965]:57) と述べている。松嶋によれば、入院者が精神病院にいるかぎり、バートンがいうところの「施設神経症」が、疾患なのか施設への適応なのか判断がつかないとバザーリアは考え、「施設化・制度化 (istituzionalizzazione)」という表現をしたのである (松嶋 2011:72)。なお、松嶋がここで「施設化・制度化」と訳しているのは、バザーリアが目指したのは、単なる脱病院化ではなく、「施設の存在

を必要とする社会の諸制度そのものへの働きかけ」（松嶋 2014:148）であったからである。本論では、必要に応じて松嶋による訳語を用いる。

²⁰ ゴリツィアでの試みは地元行政から賛同が得られず、バザーリアは同地を1972年に去った (Colucci e Di Vittorio 2001)。

²¹ これは、「マリアーノの自由な女たち」（1953）の再版（1963年）にあたり、新たに書かれた緒言からの引用となる。トビーノは、小説が執筆された時点では、まだ普及していなかった向精神薬が、患者にとっては本物の拘束衣より苦しい「拘束衣」となっているかもしれないとして、次の様に述べる。「以前は、病人、狂人は、もっと幸せだったのではなからうか？」 (Tobino 2016[1963]:142)

²² スイスの放送局 RSI (Radiotelevisione svizzera)制作の「マリオ・トビーノとの出会い」と題されたテレビインタビュー番組。以下で視聴が可能である。 (<https://www.rsi.ch/cultura/interviste-d-archivio/Incontro-con-Mario-Tobino-7043546.html>, accessed on January 21, 2021)

²³ トビーノは、この女性を、『マリアーノの自由な女たち』再版の「序文」（1973）でも紹介している。イタリア中部トスカーナ州の港町ヴィアレージョ出身の女船乗りだった彼女は、不穏状態（興奮状態）にある精神障害者たちに囲まれてはじめて、自分をさらけ出すことができたと、トビーノは記している (Tobino 2016[1963]:142)。

²⁴ 同様の記述が、向精神薬が発見された翌年に出版された『マリアーノの自由な女たち』にもみられる (2016[1963]:33-34)。

²⁵ トビーノはバザーリアの記事にたいして、5月7日の「La Nazione」紙に掲載された記事をとおして反論している。トビーノは、自分が40年以上にわたって精神病院内で暮らしてきたなかで、権力者・支配者であるような者と接触したことは一度もなかったと述べ、自身が権力の道具と化しているという批判をはねつけている (Tobino 2009[1982]:50)。

²⁶ バザーリアは、法案可決の時期に行われた海外でのテレビ・インタビューをふりかえって、次の様に述べている。「私は（女性解放運動家から）質問されました。“狂人は精神病院から出て行きます。では、誰が彼らの面倒を見るのでしょうか？”私は答えました。“いいですか、あなたは女性です。女性解放運動のメンバーです。女性が解放されたとき、誰が女性の面倒をみるのですか？”」 (Basaglia 2008:35)。賢明とは言い難い答え方で、批判もあるが（例えば、Mazzullo 2009, Zappella 2009）、バザーリアの意図は明確であろう。同じ社会的弱者として解放を求める女性達が人権を訴え自立を目指すように、患者達も自立を目指すべきだとバザーリアは考えていたのである。

²⁷ トビーノの試みが全面的に徒労に終わったわけではない。トビーノの未刊行の日記によれば、トビーノの訴えは部分的に受け容れられ、法律の制定以前から入院していた精神障害者は、要望を出せば病院に残ることができるという第8条が法律に追加された (De Vecchis 2009: LXIX-LXX)。

²⁸ イタリアの著名なジャーナリストであるマウリツィオ・コスタンツォが司会を務める、「アクアリオ」と呼ばれるイタリア放送協会 (RAI) 制作による対談番組であった。番組の中で、コスタンツォは、米国やベルギーなどでは精神障害者との接し方を教える講習会が学校や職場で行われる

が、イタリアではそうした講習会が行われることなく法律の施行が先行したことを指摘している。

²⁹ 従来、入院させることで治療を行っていた急性期の精神障害者にどう対応するのかという問題は残る、とバザーリアはブラジルでの講演会で語っている。例えば、入院措置をとることなく治療する必要があるとして、急性期の患者専門のチームを編成したと述べている。このチームは電話で呼べば、警察のように駆けつけてくれるのである (Basaglia 1979:47)。

³⁰ 精神科医のジョヴァンニ・ジェルヴィスは、ゴリツィアでバザーリアと共に精神医療の民主化運動に参加し、イタリアの民族学者であるエルネスト・デ・マルティーノがイタリア南部のプーリア地方でおこなったタランティズムの現地調査にも協力したことも知られている。デ・マルティーノについては、第3章で詳しく取り上げる。

³¹ 当時、法律第180号第6条にのっとり、市民病院の一角に急遽設けられたSPDC（「精神科診断と治療サービス」）が、職員の間では「小精神病院 (manicomino)」と呼ばれることもあったという (Tobino 2009[1982]:212)。

³² 法律第36号で精神疾患と社会的脅威を関連付けていた条項は、1978年に法律第180号が制定されることで失効した。法律第36号には、当時、内務省大臣であったジョヴァンニ・ジオリッティの名前が付けられていることに注目したい。

³³ 精神病院の代替施設の不足や支援体制の不備を認識していたバザーリアは、こうした事態を予測していたと思われる。バザーリアは、1980年8月29日に亡くなる直前に、法律を再検討する必要があると述べている (Pardini 2008)。バザーリアが何らかの措置を講じようとしていたことは明らかであるが、脳腫瘍に冒された彼にはそうする時間がなかった。バザーリアの妻であるフランカ・オンガロ・バザーリアも、法律第180号は、「地域サービスの創設をとおして精神病院の超越を規定した」のであるが、「その実現に必要なツールの提供はなされなかった」と記している (Basaglia, F.O. 2014:7)。

³⁴ これは、イタリアでは一般的に「南部問題 (la questione meridionale)」と呼ばれる。なぜ、南部のみが経済的に立ち後れたのか、その理由については諸説ある。例えば、イタリアの政治学者・経済学者であったフランチェスコ・サヴェーリオ・ニッティは、1860年までは島嶼部を含むイタリア南部は、他の地域と比べて、顕著な経済停滞があった訳ではないと指摘している。ニッティによれば、イタリア統一から20年間、工業やインフラ関連の大規模事業が北部と中部を中心に展開されたことが、大きな地域格差の一因となった (Nitti 1958)。

³⁵ 前出の政治学者・経済学者フランチェスコ・サヴェーリオ・ニッティが、南部の貧困について述べた言葉。ニッティは、1919年～1920年までイタリア王国の首相をつとめた。

³⁶ 1981年のイタリアにおける総人口は5647万9千人（単位：千人）であったため (ISTAT 2022c)、外国人の正規滞在者は全体の約0.4%であった。

³⁷ これは、滞在許可書を持っている正規滞在者の総数である。統計に含まれない不法滞在者が65万人以上にのぼるとする推計もあることから (Caritas e Migrantes 2020:2)、実際にイタリア国内に住んでいる移民は、総人口の10%近くになると考えられる。

³⁸ 上位から、ルクセンブルク、マルタ、キプロス、オーストリア、エストニア、ラトヴィア、アイルランド、ドイツ、ベルギー、スペイン、デンマーク、スウェーデン、ギリシャ、イタリアという順位となっている。

(Eurostat 2020:11)

³⁹ Eye Movement Desensitization and Reprocessing の略称。眼球運動による脱感作および再処理方法を意味する。1987年に米国の心理士であるフランシーン・シャピロが、不快な思考の消失と眼球運動の関係を偶然に発見したことで開発された療法 (Shapiro 2004[1995]:1, 8)。EMDRでは、適切に処理されていない「機能不全状態の情報」である記憶(トラウマになっている記憶など)に焦点をあて、人間が元々もっている心理的障害の解決を促す「情報処理システム」にたいして、注意刺激を与えることで賦活していく (ibid.:ix, 52)。「機能不全状態の情報」が「消化」されることで、より好ましい情報へと転化し、精神障害者が過去の経験から学びを得たり、記憶にストレスを覚えたりしないようになると考えられている (ibid.:3, 98)。この療法では、精神障害者に「消化」が必要と考えられる特定の記憶に関連するイメージを思い浮かべてもらいながら、左右の眼球運動や、手のタッピング、聴覚的合図といった刺激を「情報処理システム」に与えていく (ibid.:37)。従来の療法と比べて「時間がかからない」という報告がなされており、例えば、「多くの場合、外傷的記憶は、一回90分のセッションで実質的に処理されるであろう」とシャピロは述べている (ibid.:209)。イタリアでは1999年2月にトラウマの治療を目的としたEMDRの研修会がはじめて開催され、EMDR協会が設立された (Ranzato 2004:37)。2013年にはEMDRがトラウマに効果的な療法だとしてWHOによって推奨されるようになっている (WHO 2013)。

⁴⁰ ディアーナのイタリア語学校については、第5章で詳しく取り上げる。

⁴¹ 精神科医ミンコフスキー夫妻が1926年にパリ市内に設立したセンター。2005年の時点では、32名のスタッフで約90の言語に対応していたとのことである (松葉 2005:404)。

⁴² 同センターは、移民集住地域であるパリ郊外に位置するパリ第八大学内に心理士トビ・ナタンによって設立され、移民とその家族を主な対象としている。トビ・ナタンと彼が提唱する民族精神医学については、第4章で詳しく取り上げる。

⁴³ 2015年末には、シチリア州アウグスタ市とプーリア州ターラント市もホットスポットとして認定された (Ministero dell'Interno 2015:6)。

⁴⁴ シチリア、プーリア、ヴェネト、フリウリ・ヴェネツィア・ジュリア、カラブリアの5地域に9施設が設置されている。

⁴⁵ assorbireとは「同化する」という意味合いもある動詞である。

⁴⁶ イタリアでは公的な医療機関としての精神病院は全廃されたのであるが、私立の精神病院は少なくないと複数の臨床家等が述べている。

⁴⁷ イタリアの移民の精神医療分野における第一人者とみなされている精神科医。第3章で詳しく取り上げる。

⁴⁸ イタリア国外で精神保健事業に参加することは、現在でも、臨床家らの間で大きな業績とみなされ、医療機関内で役職に就くために必要と考えられている。筆者は、とある都市の重要な医療機関で役職についている臨床家について、二名の臨床家が、「適切な人事ではない」と話すのを聞いたことがある。国際的な保健事業への参加数が少なく、派遣期間も短いことから、「たいしたことはしていない」と評価されていたのである。

⁴⁹ FARI は、FARI と FARI2 の二段階で実施されている保健事業である。FARI は、FARI2 と同じ実施機関によって、2016 年 10 月 1 日から 2018 年 3 月 31 日まで行われた。FARI で目標とされたのは、ラツィオ州内にいる庇護申請者と国際保護が必要と認定された未成年者を含む者の、身体と精神の健康に関するニーズに有効な形で対応するための新しい医療介入モデルの導入であった。ただしこの時点では、共同事業者としてローマ市内の保健事業体はまだ加わっていなかった(Centro Astalli 2021)。

⁵⁰ 事業名は、難民の育成（職業訓練を含む）と移民にたいする支援、リハビリ、イタリア社会と経済への参入促進を意味する（Centro Astalli 2021）。

⁵¹ ASL（アズル）と呼ばれる地域保健事業体は、地域医療の拠点となる地域精神保健局や総合病院などの医療機関を直営する公的機関である。

⁵² 2020 年 2 月 24 日にローマ地域保健事業体 2（ASL Roma 2）において行われた研修会での発言。ペレッリ医師は、衛生と予防医療を専門とする。

⁵³ 滞在許可書を持つ者で、SSN 登録が可能なのは、「自営労働者、従属的労働者、季節労働者、失業者リストに登録中、家族滞在、政治亡命、国際保護、又は申請中、養子縁組及び保育引き受け手続き中、国籍取得」である。また、「18 歳以下の身寄りのない未成年者」および「滞在許可書を有さない妊婦（出産後 6 ヶ月まで）」も登録が可能である。「その他の理由（宗教活動、学生ほか）で滞在許可書を所有する者は、任意登録が可能であるほか、上記以外の理由で正規滞在する者（ビジネス、観光等での短期滞在者）」は、登録はできないとされている。登録手続きは無料である（在イタリア日本国大使館 2020）。

⁵⁴ この制度を利用すれば、患者は滞在許可書などの提示をしなくとも保健医療サービスの提供を受けることができる。制度の利用を希望する患者には、医療機関が「STP コード」と呼ばれるコードを発行する。「STP」の 3 文字から始まるこのコードは、発行地の州を表す 3 桁の数字、発行元医療機関を表す 3 桁の数字、そして医療機関が連番で振る 7 桁の数字の計 16 文字から成る（Regione Lazio 2007:12）。通常、コード発行時には、コードが記されたクレジットカード大の診察券を兼ねた二つ折りのカードや、証書状のものが患者に渡される。この STP を入手すると、保健医療サービスが 6 ヶ月間受けられるようになり、更新も可能である（彌吉 2016:16-17）。

⁵⁵ ラツィオ州では市役所でもコード発行が可能。

⁵⁶ 総合病院で働く 50 代の精神科医ファツィオは、毎週ポーランドから患者を運ぶ業者がいると述べている。イタリアの精神保健サービスはポーランド人の精神障害者にとって都合がよいのだという。なぜなら、ファツィオによれば、イタリアでは身分証明書がなくとも治療が受けられ、救急科に行けば医療費を支払う必要もなく、ボランティアから薬剤を提供される場合もある。さらに、精神病院がないことから強制的に入院させられる心配もないことも、利点となっているということであった。

⁵⁷ STP コード制度が導入されてから 20 年以上経過したが、こうした制度を積極的に活用しているのは一部の臨床家にすぎない。運用が煩雑だという問題点もあるが、研究参加者たちによれば、そもそも制度の周知が徹底されておらず、制度そのものの存在すら知らない医療従事者も少なくない。

い。だからこそ、このような研修会での事例をとおした解説が必要となるのである。

⁵⁸ ローマ市トラステヴェレ地区にある、移民と社会的弱者に特化した総合診療所 INMP(Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà の通称、「移民の健康促進と貧困による疾病対策のための国立機関」)では、職員である「メディエータ」とよばれる文化的仲介人が、ENI/STP コード発行の作業に従事している。なお、メディエーターが医療機関においてどのような役割を担うのかについては、第6章で詳しく取り上げる。

⁵⁹ 民族精神医学およびドゥヴルーについては第4章で詳しく取り上げる。

⁶⁰ 「弱い思考」(1984)とは哲学者ジャンニ・ヴァッティモとピエル・アルド・ロヴァッティが編集したアンソロジーの書名。

⁶¹ イタリアの哲学者でトリノ大学文学科・哲学科教授。マルクス・ガブリエルの「存在するということは、ひとつの意味の場のなかで存在することである」とする実存論を批判して、「存在するということは、一つの環境のなかで抵抗することである」(Ferraris 2014:40)とする、「新実在論」を提唱したことで知られる。

⁶² イタリアでは、南部を中心に各地に伝統医療と呼べるような治療体系があり、イタリアの医療人類学は、国内の伝統医療を対象とした研究が中心となって発展してきたのだと言われている。

⁶³ デ・マルティーノは、グラムシのサバルタン論に多大な影響を受けている(Ferrari 2012; Gutiérrez 2015 等)。

⁶⁴ この融即(coinonia)という状態は、レヴィ＝ブリュル(1927)、カッシーラ(1925)等による「原始的な(あるいは神話的、呪術的=神話的、神秘的)心性の構造を規定することを目指してきた」研究で取り上げられてきているのだが、デ・マルティーノは、こうした従来の研究を次のように批判している。「そこではいずれも、呪術的世界における実存のドラマの単に一方の段階でしかないもの、すなわち、現存在が現存在でなくなる危険のほうだけがこの危険からの救済というもう一方の段階との具体的関係から引き抜かれて、心性の「型」とか「心的構造」等々といったものに仕立て上げられてしまっている。こうして現在意識の救済という面は考察から排除されたままで、侵害された現在意識はいつさいのドラマ的な盛り上がり、いつさいの実存的な響きを失って地平なき無差別の融即状態へと変貌させられてしまうのである」(de Martino 2015 [1948]:74=1988:188-9)。ここでの主な論点は、呪術的世界における融即に原始的心性を見出そうとすることの是非を問うことというよりも、デ・マルティーノが融即と対をなすと考える現在意識の救済という側面が看過されているという点であろう。

⁶⁵ これは、レヴィ＝ストロースが儀礼にみいだした象徴的効果を彷彿とさせる(Buttitta 2005; Cherchi 2010; 江川 2015; Testa 2012)。患者の危機がシャーマンによって言語化されると、患者の経験が組織され、「統御の外に位置する諸機構がおのずから自己調整によって整然たる機能に達し」(Levy-Strauss 1972[1958]:219)、患者は「現在の経験を秩序ある可知的な形式で生きること」(Levy-Strauss 1972[1958]:218)が可能になるという。また、次章で詳しく取り上げる民族精神医学の臨床家トビ・ナタンは、心理療法において、「患者の実存的悲劇を別の空間、通常は文化的出身地の空間に移し」、「『特別』で

技術的に操作可能なひとつの世界を創り出す」(Nathan 1993=1996:47)と述べている。

⁶⁶ 今日同書は、イタリアにおいて移民に保健サービスを提供する者にとって、「理論的および方法論的な手引き書」たりえるものと評されている(Lanternari 2000 [1992]:12)。

⁶⁷ 例えば、「自然と文化、正常と異常、健やかな精神と病んだ精神、意識と無意識、私と世界、個人と社会、悪と善、有害と有益、醜いと美しい、真と偽、言葉遣い、経済、技術、合理的と非合理的」(de Martino 1977:390)。

⁶⁸ 文化的制度を「文化的梃子」と呼ぶ前出のトビ・ナタン(1986)の認識と相通じるものがある。

⁶⁹ このほか、「メディエーター」と呼ばれる移民と出身地を等しくする共同治療者をとおして、移民の母語を使用することも、民族精神医学の特異点として知られている。メディエーターの活用に関しては、第6章で詳しく取り上げる。

⁷⁰ 移民の治療体系を採り入れる心理療法であるため、これもまた、移民の他者性の解釈を試みるアプローチの一種だと思われるかもしれない。この点については、第2節および第3節で詳述する、ナタンの民族精神医学における異質な治療体系の扱われ方を踏まえてご判断いただきたい。

⁷¹ ナタンが提唱したこの療法に対しては、民族精神医学の揺籃の地であるフランス国内において、現在まで様々な評価がなされおり、時として厳しい批判も展開されてきた(Benslama 1996; Rechtman 1995; Sibony 1997等)。なかでもとりわけ激しい攻撃を行ったのが、医師であり社会人類学者でもあるディディエ・ファサンである。ファサンは、ナタンが周縁化された移民たちの苦しみを、文化的なものに根ざした心の病いに還元しているとして、民族精神医学は「被植民地の人々の管理を行う公式のツールになっている」と批難した(Fassin 2000:235)。

このほか、カナダでも同様の議論がある。カナダのマギル大学教授である人類学者のエレン・コリンは、彼の民族精神医学は、「複数の文化の間の境界をうまく取り扱えるよう移民たちを助ける」という初期の試みから、移民たちを「彼らの過去の文化的伝統と再統合させるといって、あからさまなプロジェクトに転じてしまったようだ」(Corin 1997:356)と述べる。コリンは、こうした試みが「複数の文化の間に位置する人々にとって、それ自体が暴力をはらむものにもなりうる」(ibid.:357)として批判している。

⁷² ドゥヴルーは当初、マリー・キュリーのもとで物理学者を目指したという(松葉2016:41)。

⁷³ ナタンとドゥヴルーが学んだ精神分析も同じではなかった。「ドゥヴルーは米国で精神分析を学んでおり、私たちはフランスで学んでいた」(Nathan 2001[1986]=2005:xiii)。

⁷⁴ 序論でも言及したとおり、フロイトは、どの文化圏の精神障害者にたいしても用いることのできる心理療法の確立を目指していた。フロイトは、『続・精神分析入門講義』(1932)において、「精神分析は独自の世界観を作り出す力はない」(Freud 2011 [1932]:240)と述べ、その世界観は科学的なものであると主張している。

⁷⁵ この言葉は、「当然ながらレヴィ=ストロース(1971)のものだ」とナタンは注釈をしている(Nathan 1996[1993]:40)。

⁷⁶ ナタンはグループには五つの機能があるとしている。すなわち①苦しみ
の「容れ物」、②病因論の展開の促進、③一義的解釈の回避、④「不
合理」な病因論の取り交わしの促進、⑤患者の病因論の「脱構築」

(Nathan 1996[1993]: 50-2)。本章では二つにまとめて紹介する。

⁷⁷ 同誌は、2010年12月33/34号から休刊しており、その表紙には、
「人類学、心理学、医学、精神医学の間の境界たる場所と言語」と記され
ていた(Oriss 2019)。

⁷⁸ 日本でも初めて翻訳されたナタンの著作は「他者の狂気」(2005)で
ある。ただし、日本の場合は、2021年12月現在、彼の著作の翻訳はこ
の一冊のみとなっている。

⁷⁹ 例えば、Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise
c'était...Principes d'ethnopsychanalyse (1993)とイザベル・ス
テンジャーズとの共著 Médecins et sorciers (1995)は1996年に、
Nous ne sommes pas seuls au monde (2001)は2003年に、La
nouvelle interprétation des rêves (2011)は2011年に、
Psychothérapie démocratique (2012)は、2013年に出版されて
いる。

⁸⁰ 移民の母子の精神保健を専門とする精神科医。

⁸¹ 拷問の被害者等、難民の精神保健を専門とする精神科医。

⁸² La renonciation à l'identité :défense contre
anéantissement (1967)は2015年に、Ethnopsychanalyse
complementariste (1985)は2014年にその翻訳が出版されている。
ただし、冒頭で述べたとおり Essais d'etnopsychiatrie générale
(1973)は1978年に一度翻訳がなされており、2007年に改訂版が出
版されている。

⁸³ 患者が治療を中断すること。

⁸⁴ ここでの文化は、文化的信念・信仰を指す(Nathan 1996[1993]:
77)。

⁸⁵ これは、D・アンジュー(1985)の『自我・皮膚』にヒントを得た形
容である(Nathan 2001[1986]=2005: 263-264)。

⁸⁶ レヴィ＝ストロースが儀礼における症状の形容として用いた言葉
(Lévi-Strauss 1950)をナタンは引用し、次の様に述べる。「症状と
は、〈浮遊するシニフィアン〉であり、ステンドールが愛における結晶作
用について語るのと同様(Stendhal 1822)、〈結晶化〉のための治療
儀礼を待っている」(Nathan 2001[1986]=2005: 239)。

⁸⁷ イタリア語では elaborazione。ここでは、患者がセラピーにおいて
行う自己分析の行程を意味する。

⁸⁸ 「治療的梃子」あるいは「文化的梃子」という概念は、ドゥヴルーが用
い始め(Devereux 1985 [1972])、ナタンによって練り上げられた。
これは、「(移民の出身地の)治療師たちのジェスチャーと理論を蘇らせ
ながら、忘れ去られたり、まさに口にすることができなくなったりした影
とコンフリクトを浮かび上がらせる戦略的梃子、“治療としての文化”」
(Ciccarelli e Caroti 2008: 443-4)を指す。

⁸⁹ 平均して、イタリアの女性は24歳まで、男性は27歳まで親と同居す
る(Scabini 1995)。

⁹⁰ ここでレナータは、「家族恒常性」について話をしているように思われ
る。家族恒常性とは、家族が一つのシステムとして安定性を維持しようと
する働きを意味する。家族療法では、家族の均衡が損なわれそうになると

家族恒常性が作用し、家族成員の誰かが「病氣」になることで家族の安定性が図られると考える (Jackson 1957)。例えば、不登校の子どもを抱える家族の面接では、不登校を個人的な問題と捉えるばかりではない。子どもの不登校により、不仲な夫婦の関係が改善し、それが家族の維持につながっているのではないかというような可能性も検討される。

筆者は、この事例で「家族恒常性」を認めたのかとレナータに尋ねてみた。すると彼女は、自分は直接青年の治療にあたったのではなく、自分の解釈が正しかったかどうか確かめる手段がなかったのだと前置きをしたうえで、青年の家族が順番にかつ定期的に偏執症の症状を呈し、村のシャーマンに治療をしてもらうことが、家族の「体系全体の”安全”と安定性の保障に役立っていた」と述べた。このときも、レナータが「家族恒常性」という言葉を使うことはなかったのは、青年の担当医ではなかった自分には診断をつける資格がない、と考えたからだと思われる。

⁹¹ 一方、イタリアの臨床家であるマッテイーニらは、通信技術の発達により、移民が、今までコンタクトが難しかった母国の家族と連絡が取れるようになった反面、移民が自分の移住・移動の経験を家族と共有できないことに孤独感を強める可能性もあると指摘している (Matteini et al. 2017: 277)。

⁹² 東欧からの移民が急増した 2007 年に行われた調査によれば、東欧（主にルーマニア）から移住した介護人は全体の 54.3% を占める。平均年齢が 40 歳以下とされる介護人は、通常、夫と子どもを残して移住したという (Fondazione Leone Moressa 2007)。かわって 2020 年の調査では、41 万 776 名の介護人のうち、東欧出身者は全体の 52% を占め、ほぼ変化がないといえるが (INPS 2021:5)、40 歳以下は 9.1% となり、いまや 70% 以上の東欧出身の介護人が 50 歳以上となっている (Osservatorio DOMINA 2020)。

⁹³ その大多数が 2 歳から 6 歳だという (Fondazione Leone Moressa 2007)。

⁹⁴ 「物語の採集 (la raccolta della storia)」、「記憶の語り (il racconto delle memorie)」、「記憶の構築 (la ricostruzione delle memorie)」とも呼ばれる。

⁹⁵ PTSD の診断書を求めて臨床家のもとを訪れる難民たちの大半は、治療に積極的な態度を示すわけではなく、診断書を受け取った途端、面談に来なくなるという。例えば、移民に無料のセラピーを提供する団体に所属する 40 代の心理士ロッセツラは、とある難民の青年のために診断書を書いたとき、その青年が「治療をさせてくれた」うえに「診断書を受け取ったあとも面談に通ってきた」と笑みを浮かべながら筆者に語った。ロッセツラが青年を治療できたことを嬉しそうに話したのは、ロッセツラが、診断書を求めてやってくる難民と思ったように心理療法ができず、面談が中断するという経験を繰り返してきたためだと推察できる。

⁹⁶ フリジェッシは第 3 章でとりあげた、スイスに移住したイタリア南部人の研究を行った精神科医のミケーレ・リッソと、移民の精神障害をとりあげた共著を發表している (Frigessi e Risso 1982)。

⁹⁷ こうした考えかたは、1945 年に生物学者のルートヴィッヒ・フォン・ベルタランフィが、科学概論として提唱した「一般システム論」(Von Bertalanffy 1945) に大きく影響を受けているといわれている。家族療法家の石川は、一般システム論を次の様に解説している。「下部システム

はさまざまなレベルで互いに影響を及ぼし合い、それぞれの境界と自律性の限界を有しており、しかも、それらが属する、より上位のシステムによって統合されている。そして、システム自体の機能や構造を維持するために、自動制御（負のフィードバック）が働く。（中略）また、システム自体を許容範囲内で変化させるために、正のフィードバックも働く」（石川 1990:15）。家族療法の先駆者の一人であるドン・ジャクソンは、このようなフィードバックが働くと、家族の安定性を維持する「家族恒常性」により、家族成員の誰かが「病氣」になると考えた（Jackson 1957）。

⁹⁸ ここで例としてあげた解釈の方法は、カルガリー大学小児病院精神科医のフィリップ・バーカーによって8つに分類された家族療法の一学派である集団療法的家族療法における手法である。バーカーによれば、この学派では、臨床家がファシリテーターとなり、家族成員間のやりとりを解釈していく。家族成員のやりとりを第三者が観察して指摘する療法は、今日、他の学派の臨床家にも取り入れられているとバーカーは述べている（Barker 1993:98）。

⁹⁹ 特定の方向からしか見えないようになっているマジックミラー。通常、観察室からのみ面談室が見えるようになっているが、例えば、電灯のオン・オフで双方向の観察が可能になるような設備が整えられることもある。こうした場合、観察室で臨床家らが話し合う様子を家族に観察させることもある（Andersen 1987:415）。

¹⁰⁰ イタリア北部リグーリア州のキアヴァリで、「関係・システミック学派（scuola sistemico-relazionale）」の家族療法を行い、トリノのNPOで心理士として移民の支援活動も行っているマッダレーナ・ポンピーリによれば、過去には、いくつかの学派では、観察室に臨床家のグループが控えて心理療法を行うことが、家族療法の絶対条件だったという。現在では、精神保健分野全般で資源や人材に限られるようになり、どの学派の養成校でも、臨床家が単独で、家族療法を含む多様なセッティングで、面接が行えるよう指導がなされるとのことだが、だからといって複数名の臨床家が面接室と観察室にわかれて治療に参加するというセッティングが廃れたわけではない。ポンピーリは、家族療法のクリニックそして家族療法家の養成機関の多くには、いまでもワンウェーミラーのある面接室と観察室が設置されている確立が大変高いと述べている。一方、現在日本で行われている家族療法に関しては、ワンウェーミラーを用いないセッティングで行われることが主流になっているという。これは、観察室に入る臨床家が確保できるほど人的資源に恵まれた組織が少ないからだとされている（公認心理士・臨床心理士の勉強会 2019）。

¹⁰¹ イタリアでは、住み替えが簡便な賃貸よりも持家を選択する傾向が非常に強い。2019年にイタリア歳入庁が編纂した『イタリアにおける不動産』によれば、2016年に行われた国税調査の対象となった居住用家屋3487万1821戸の92.3%に相当する、3219万2053戸が持家となっている（Agenzia delle Entrate 2019:17）。

¹⁰² マリアとアンナは4人兄弟である。兄弟全員を迎え入れられる養父母が見つからなかったため、マリアの弟となる男児二名は別のイタリア人夫妻の養子となっており、こちらの家族もレナータとブルーノによる家族療法を受けている。弟たちだけでなく、妹とも別れて暮らすことになったとき、マリアがどのような思いをしたかは想像に難くない。

¹⁰³ 管見では、話者としての位置づけと言語の扱いという点に関しては、医療分野全般における医療通訳と精神保健分野における医療通訳に、その

差異は殆ど認められないため、一般的に医療通訳に求められている役割についての言述を参考にしている。

¹⁰⁴ イタリアのメディエーター導入や養成に関する詳細および医療機関におけるメディエーターの役割については、別稿（彌吉 2017）で詳しく論じている。

¹⁰⁵ 文化メディエーターや、文化・言語メディエーターという名称も用いられる。

¹⁰⁶ この調査は内科医に対しても行われており、宗教家にリファーすると回答した内科医の割合が6割を超えているのは興味深い。

¹⁰⁷ アマゾン川流域に自生する薬草アヤワスカと呼ばれる幻覚性の薬草を用いた宗教儀礼。

¹⁰⁸ フランス語の *bricolage*。様々なありあわせのものをを用いて何かを作ることを意味する。レヴィ・ストロースの「野生の思考」（1962）で提唱されている概念が想起されるかもしれないが、本節での議論とは無関係であることを断っておく。

¹⁰⁹ とりわけ、儀礼に必要とされる薬草はなんらかの象徴として用いられることもあるため、代替の薬草が母国の薬草とは分類学的にかなり異なる種である場合もある（Voeks 1990:127）。

¹¹⁰ ファツィオは移民で、治療儀礼を求めたのは同胞の移民だったという。だがこの移民の精神障害者は、ファツィオが同胞であることから治療儀礼を要求したのではない。治療儀礼の執行者として移民が指名したのは、面談に同席していたイタリア人の研修生だったという。

¹¹¹ 筆者は、看護師にたいして西洋近代的な医療介入とは関係のない頼み事をして、引き受けてもらえるものなのかと尋ねたところ、「それは、人による」との回答をえた。「女司祭」として採血を行った看護師は、マウリツィオから事情を説明されると喜んで引き受け、「楽しそうに」採血を行ってくれたとのことである。

¹¹² アンナは、定期的にソーシャルワーカーらの相談にのり、なんらかの心理的な問題をかかえると思われる難民たちと、どのように向き合えばよいかをアドバイスしているという。

¹¹³ 妬みを持つ者のまなざしを意味し、欧州、中東、北アフリカやその他の多くの文化圏において、何らかの不運をもたらすと考えられている。些細な事から突然死まで、さまざまな不幸の原因とされるが、その最も特徴的な害悪とみなされているのが、消耗性疾患（結核や癌など）である（Spooner 2004[1970]:313）。

¹¹⁴ 当時流通していた DSM-IV の付録に、ダートの記載があったことをアンナは確認している。だが、そこには治療法についての言及は一切ない。

¹¹⁵ 精神障害の患者の多くが、教科書に記述があるような典型例ではない（Kendell 1975 in Helman 2018[2007]:262）。

¹¹⁶ 男性は13年前から、「僕は狂っているんじゃない」と述べ、精神科医の診察は嫌がっていたという。

¹¹⁷ 良性の子宮腫瘍。下腹部の圧迫感、多量の月経出血、月経痛、不妊、流産などの症状がある。治療としては、手術療法（子宮全摘と線維腫のみ除去する筋腫核出術）と薬物療法が挙げられる。

¹¹⁸ 米国の心理士ヤコブ・L・モレノが、特定の集団内の人間関係を理解するために考案した検査法ソシオメトリック・テストのデータを、図として表したもの（Remer 2015:390-392）。

¹¹⁹ エレア派学派の一人。アリストテレスは、ゼノンを弁証法の創始者と呼んでいる。

¹²⁰ 家族療法における、マジックミラーで隔てられた観察室にひかえる共同治療者たちを指す。

引用・参考文献

A

- AAMFT (2021) "Adoption", American Association for Marriage and Family Therapy (https://aamft.org/Consumer_Updates/Adoption.aspx, accessed on September 1, 2021)
- Abbrescia, A. (2014) "Romania, è 'sindrome Italia'. Donne lasciano i figli per lavorare in Italia, 40 bambini suicidi", *Huffington Post*, Maggio 9, 2014 (<https://www.zeroviolenza.it/chi-siamo/serve-aiuto/adolescenti/item/60002-romania-è-sindrome-italia-donne-lasciano-i-figli-per-lavorare-in-italia-40-bambini-suicidi>, accessed on Aug. 8, 2021)
- Agenzia delle Entrate (2019) *Gli immobili in Italia: Ricchezza, reddito e fiscalità immobiliare*, Roma: Ministero dell'Economia e delle Finanze Dipartimento delle Finanze (https://www1.finanze.gov.it/finanze3/immobili/contenuti/immobili_2019.pdf, accessed on December 23, 2020)
- Ahmad, F., Shik, A., Vanza, R., Cheung, A., George, U. and Stewart, D.E. (2004) "Voices of South Asian women: immigration and mental health", *Women Health*, 40(4), pp.113-130
- Akhtar, S. (1995) "A Third Individuation: Immigration, Identity, and the Psychoanalytic Process", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(4), pp.1051–1084.
- Alesina, A. and Giuliano, P. (2013) "Family Ties", in Aghion, P. and durlauf, S. N., (eds.) *Handbook of Economic Growth*, Amsterdam: Elsevier, edition 1, volume 2, chapter 4, pp.177-215.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM- IV-TR*, Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2021) "culture-bound syndrome", APA Dictionary of Psychology, (<https://dictionary.apa.org/culture-bound-syndrome>, accessed on November 20, 2021)
- American Psychological Association (2003) "Multicultural guidelines: Education, research, and practice", *American Psychologist*, Vol. 58, pp.377-402.
- Ancora, A. (2006) *I costruttori di trappole del vento. Formazione, pensiero, cura in psichiatria transculturale*, Milano: Franco Angeli.
- Andersen, T. (1987) "The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work", *Family Process*, 26, pp. 415-428.
- Anzieu, D. (1985) *La Moi-peau*, Paris: Dumond (= 1996, 『皮膚・自我』 福田素子訳、言叢社) .
- Attenasio, L. (2005) "Basaglia e Fanon: lo straniero fra noi", Attenasio, L., Casadei, F.,

Inglese, S. and Ugolini, O. (eds.) *Cura degli altri: Seminari di etnopsichiatria*, Roma: Armando Editore, pp. 9-58.

B

- Bacigalupe, G. (2003) "Intercultural Therapy with Latino Immigrants and White Partners: Crossing Borders Coupling", *Journal of Couple & Relationship Therapy*, Vol.2, No.2/3, pp.131-149.
- Bahia, J. (2014) "Under the Berlin sky: Candomblé on German Shores", *Vibrant-Virtual Brazilian Anthropology*, Vol.11, No.2. pp.327-370.
- Baldi, S. e Cagiano de Azevedo, R. (1999) *La popolazione italiana verso il 2000: Storia demografica del dopoguerra ad oggi*, Bologna: Mulino.
- Barker, P. (1981) *Basic Family Therapy*, Oxford: Blackwell (=フィリップ・バーカー (1993) 『家族療法の基礎』 監訳中村伸一、信国恵子、金剛出版)
- Battistini, F. (2014) "Sindrome Italia, nella clinica delle nostre badanti", *Corriere della Sera* (<https://www.corriere.it/elezioni-europee/100giorni/romania/>, accessed on Aug.8, 2021)
- Basaglia, F. (2000[1979]) *Conferenze Brasiliane* (formato EBook), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Basaglia, F. (1981[1974]) "Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavori, corso di aggiornamento per operatori psichiatrici", in *Scritti, Vo. 1: 1953-1968: Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Torino: Einaudi, pp. XXIV-XXV.
- Basaglia, F. (1981) "Conversazione: A proposito della nuova legge 180", in Basaglia, F. O. (a cura di) *Scritti I. 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Torino: Einaudi, pp.473-485
- Basaglia, F. (2005[1965]) "La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Modificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door»", in Basaglia, F. O. (a cura di) *L'utopia della realtà* (formato EBook), Torino: Einaudi, pp.57-64.
- Basaglia, F. (2005[1967]) "Corpo e istituzione: Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale", in Basaglia, F. O. (a cura di) *L'utopia della realtà* (formato EBook), Torino: Einaudi, pp.122-132.
- Basaglia, F. (2005[1979]) "Prefazione a *Il giardino dei gelsi*", in Basaglia, F. O. (a cura di) *L'utopia della realtà* (formato EBook), Torino: Einaudi, pp.282-286.
- Basaglia, F., Basaglia, F. O., Pirella, A., e Taverna, S. (a cura di) (2008) *La nave che affonda* (formato EBook), Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Basaglia, F. O. (2014) "Nota introduttivo alla nuova edizione" in Basaglia, F. (a cura di) *L'istituzione negata*, Milano: Baldini & Castoldi, pp. 7-10.
- Beckett, C., Hawkins, A., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J., Stevens, S. and Sonuga-Barke, E. (2008) "The importance of cultural identity in adoption: A study of young people adopted from Romania", *Adoption and Fostering*, Vol.32 No.3, pp.9-22.
- Beiser, M., Simich, L. and Pandalangat, N. (2003) "Community in Distress: Mental Health Needs and Help-seeking in the Tamil Community in Toronto", *International Migration*, Vol. 41(5), pp.233-245.
- Beltsiou, J. (2016) "Introduction", in Beltsiou, J. (ed.) *Immigration in Psychoanalysis: Locating Ourselves*, New York: Routledge, pp.1-11.
- Benslama, F. (1996) "L'illusion ethnopsychiatrique," *Le Monde*, 4 dicembre, p.14.
- Bertalanffy, L. v. (1968) *General System Theory: Foundations, Development*, New York: George Braziller.
- Bettin, G. e Cela, E. (2014) *L'evoluzione storica dei flussi migratori in Europa e in Italia*, Venezia: Cattedra UNESCO SSIIM.
- Bhui, K., Abdi, A., Abdi, M., Pereira, S., Dualeh, M., Robertson, D., Sathyamoorthy, G., & Ismail, H. (2003) "Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees--preliminary communication", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(1), pp.35-43.
- Blackmore, R., Boyle, J.A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K.M., Fitzgerald, G., Misso, M. and Gibson-Helm, M. (2020) "The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and metanalysis", *PLoS Med.*, Sep 21;17(9): e100337.
- Blangiardo, G. C., and Rimoldi, S. (2014) "Portraits of the Italian Family: Past, Present and Future", *Journal of Comparative Family Studies*, Volume XLV Number 2, pp.201-219.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G.M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M., Wang, D. and Priebe, S. (2012) "Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK", *The British Journal of Psychiatry*, Mar; 200(3), pp.216-223.
- Bonifazi, C. (2015) "Le migrazioni tra Sud e Centro-Nord: persistenze e novità", Gjergji, I. (a cura di) in *La nuova emigrazione italiana: Cause, mete e figure sociali*, pp.57-69.
- Brunwasser, M. (2015) "A 21st-Century Migrant's Essentials: Food, Shelter,

- Smartphone”, *The New York Times*, August 25 (available at: <https://www.nytimes.com/2015/08/26/world/europe/a-21st-century-migrants-checklist-water-shelter-smartphone.html>)
- Buhgra, D. and Gupta, S. (2011) *Migration and Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press (=2017, 野田文隆監訳、李 創鎬, 大塚 公一郎, 鶴川 晃訳『移住者と難民のメンタルヘルス：移動する人の文化精神医学』、明石書店)
- Burke, A.W. (1984) "Is racism a causatory factor in mental illness?", *Int J Soc Psychiatry*, Spring 30(1-2), pp.1-3.
- Burnett, A. and Peel, M. (2001) "Health needs of asylum seekers and refugees", *BMJ (Clinical research ed.)* vol.322, 7285, pp.544-547.
- Burton, R. (1959) *Institutional Neurosis*, Bristol: J. Wright.
- Buttita, A., (2005) “Ernesto de Martino e la fine del mondo”, in Baldacconi, B. e Di Lucchio, P., (eds.) *Dell’Apocalisse: Antropologia e psicopatologia in Ernesto de Martino*, Napoli: Guida, pp.55-66.

C

- Calvanese, E. (2011) *Media e immigrazione tra stereotipi e pregiudizi: La rappresentazione dello straniero nel racconto giornalistico*, Milano: Franco Angeli.
- Canali, L. (2015) "Da dove vengono i migranti", *Rivista Italiana di Geopolitica* (<https://www.limesonline.com/da-dove-vengono-i-migranti-3/73922>, accessed on December 4, 2021)
- Caritas e Migrantes (2020) *XXIX Rapporto Immigrazione 2020: Conoscere per comprendere*, Caritas (https://inmigration.caritas.it/schede/sintesi_XXIX_RICM.pdf, accessed on December 5, 2021)
- Cassirer, E. (1925) *Das mythische Denken*, Berlin: Erstaufgabe.
- Casadei, S. e Franceschetti, M. (a cura di) (2009) *Il Mediatore Culturale in Sei Paesi Europei (Italia, Francia, Germania, Grecia, Regno Unito e Spagna): ambiti di intervento, percorsi di accesso e competenze*, Roma: ISFOL.
- Casadei, F., ed Inglese, S. (2017[2011]) "Babelogue: lingue e processi di mediazione clinica", in Inglese, S. e Cardamone, G. (a cura di) *Déjà Vu2: Laboratori di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano: Edizioni Colibri, pp. 245-268.
- Casadei, F., Festi, G., ed Inglese, S. (2005) "Profili di una teoria della mediazione linguistica, culturale e clinica per la salute mentale", in Attenasio, L., Casadei, F., Inglese, S., ed Ugolini, O. (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Roma: Armando, pp.268-317.

- Castelli, L. (1978) "Tobino: le false donne", *Paese Sera*, 4 maggio 1978.
- Castiglioni, M. (2002) "L'organizzazione di un servizio privato: le Cooperativa sociale Kantara", in Belpiede, A. (a cura di) *Mediazione Culturale, Esperienze e Percorsi Formativi*, Torino: UTET Libreria, pp. 99-10.
- Centro Astalli (2021) "FARI-Formare Assistere Riabilitare Inserire", Centro Astalli, Servizio dei Gesuiti per i rifugiati in Italia (<https://www.centroastalli.it/fari-formare-assistere-riabilitare-inserire-2/>, accessed on November 25, 2021)
- Centro Astalli (2022a) "Centro di accoglienza", Centro Casa di Giorgia, (<https://www.centroastalli.it/servizi/casa-di-giorgia/>, accessed on February 12, 2022)
- Centro Astalli (2022b) "Dati statistici", Centro Casa di Giorgia, (<https://www.centroastalli.it/servizi/casa-di-giorgia/dati-statistici/>, accessed on February 12, 2022)
- Cessano, N. (2019) "Sono razzista, sono di Salvini, non ti affitto casa perché sei meridionale", *La Repubblica (Bari)*, (https://bari.repubblica.it/cronaca/2019/09/13/news/_io_salviniana_tu_foggiana_non_ti_affitto_la_casa_-235894293/, accessed on March 18, 2021).
- ChangeMakers NZ (2009) "Refugee Family Reunification in Wellington. A discussion document prepared by ChangeMakers Refugee Forum Inc, Refugee family reunification Trust, Wellington Community Law Centre Inc, Wellington Refugees As Survivors Trust" (<http://docplayer.net/15072027-Refugee-family-reunification-in-wellington.html>, accessed on Aug. 9, 2021)
- Cherchi, P. (2010) *Il cerchio e l'ellisse: Etnopsichiatria e antropologia religiosa in Ernesto De Martino: le dialettiche risolventi dell' "autocritica"*, Cagliari: Aisara.
- charta der vielfalt (2021) "Diversity Dimensions", charta der Vielfalt: Für Diversity in der Arbeitswelt, (<https://www.charta-der-vielfalt.de/en/>, accessed on October 5, 2021)
- Cicarelli, A. e Caroti, M. (2008) "Etnopsichiatria e carcere. Riflessioni sul disagio tra mura, storia e cultura," in Pajardi, D. ed. *Oltre a sorvegliare e punire. Esperienze e riflessioni di operatori su trattamento e cura in carcere*, Milano: Giuffrè Editore, pp.439-494.
- Cieślowska, A and Błajet, Z. (2020) "The Spiritual Industry of Central Asian Migrants in Moscow", *Laboratorium: Russian Review of Social Research*, 12(1), pp.106-126.
- Cimarosti, G., Contini, G. e Rossi, G. (a cura di) (1981) *Atti del convegno*, Amministrazione Provinciale di Mantova, Mantova: Paolini Editore.

- Clark, R.V.G. (1985) "Delinquency, environment and intervention", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, pp.505-523.
- Clifford, H. (1898) *Studies in Brown Humanity*, London: Grant Richards.
- Clifford, J. (1992[1982]) *Person and Myth: Maurice Leenhardt in the Melanesian World*, Durham: Duke University Press.
- Clifford, J. (1983) "On Ethnographic Authority", *Representations*, Spring No.2, pp.118-146.
- Clifford, J. (1986) "Introduction: Partial Truths", in Clifford, J. and Marcus, G. E. (eds.) *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley: University of California Press, pp.1-26. (=1996. 『文化を書く』 春日直樹、足羽与志子、橋本和也、多和田裕司、西川麦子、和邇悦子訳、紀伊國屋書店)
- Codrington, R. H. (1871) *The Melanesians*, Oxford: Oxford University Press.
- Coe J. A. and McKenna D. J. (2016) "The Therapeutic Potential of Ayahuasca", in Camfield, D., McIntyre, E. and Sarris J. (eds.) (2016) *Evidence-Based Herbal and Nutritional Treatments for Anxiety in Psychiatric Disorders*, Cham: Springer, pp.123-138.
- Cohen-Emerique, M. (1999) "Le choc culturel", in Lipianiski, E. and Demorgon, J., *La formation en interculturel*, Paris: Retz.
- Cohen-Emerique, M. and Hohl, J. (2002) "Les ressources mobilisées par les professionnels en situations interculturelles", *Éducation Permanente*, no. 150, pp.161-195.
- Cohen-Emerique, M. et Hohl J. (2004) "Les réactions défensives à la menace identitaire chez les professionnels en situations interculturelles", *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, (61), p. 21-34.
- Colombo, F. (2021) "Il sistema di accoglienza dei migranti in Italia, spiegato per bene", LeNius (<https://www.lenius.it/sistema-di-accoglienza-dei-migranti-in-italia/>, accessed on December 5, 2021)
- Colson, E. (2003) "Forced migration and the anthropological response", *J. Refugee Studies* 16(1), pp.1-18.
- Colucci, M. (a cura di) (2012) *La risorsa emigrazione: Gli italiani all'estero tra percorsi sociali e flussi economici, 1945-2012*, n.60-luglio, Roma: Istituto per gli Studi di Politica Internazionale (<https://www.parlamento.it/application/xmanager/projects/parlamento/file/repository/affariinternazionali/osservatorio/approfondimenti/PI0060App.pdf>, accessed on December 5, 2021)
- Colucci, M. e Di Vittorio, P. (2001) *Franco Basaglia*, Milano: Mondadori Bruno.
- Congregalli, M. (2017) "Alla fine del viaggio: il disagio psichico dei migranti nel nord

- Italia”, 24 agosto 2017, Open Migration, (<https://openmigration.org/analisi/allafine-del-viaggio-il-disagio-psichico-dei-migranti-nel-nord-italia/>, accessed on November 25, 2021)
- Coppo, P. (2000) “Politiche e Derive dell’Etnopsichiatria. Note a margine di una polemica francese,” *I Fogli di Oriss*, n.13/14, pp.119-140.
- Coppo, P. (2007) *Negoziare con il male*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Coppo, P. (2013) *Le ragioni degli altri: Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Corin, E. (1997) “Paying with Limits: Tobie Nathan’s Evolving Paradigm in Ethnopsychiatry,” *Transcultural Psychiatry*, Vo. 34(3), pp. 345-58.
- Council of Europe (2018) "Minori rifugiati non accompagnati: ruolo e responsabilità delle autorità locali e regionali," Il Congresso dei poteri locali e regionali, 34a Sessione, Risoluzione 428.
- Courier, P. -L. (1910) *Lettere dall’Italia (1799-1812): aggiuntavi la polemica per la macchia d’inchiostro sul codice laurenziano con un fac-simile della macchia*, Rabizzani, G. (trad.). Lanciano: Editore Rocco Carabba.
- Crapanzano, V. (1980) *Tuhami: Portrait of a Moroccan*, Chicago: The University of Chicago Press (=1991, 『精霊と結婚した男：モロッコ人トゥハーミの肖像』大塚和夫、渡部重行訳 紀伊國屋書店)
- Crepet, A., Rita, F., Reid, A., Van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., Barbieri, A., Bongiorno, F. and Di Carlo, S. (2017) "Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds", *Conflict and Health* 11, No.1 (online publication).

D

- Das-Munshi, J., Leavey, G., Stansfeld, S.A., and Prince, M.J. (2012) Migration social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis, *Ethnicity & Health*, 17:1-2, pp.17-53.
- Davids, F. M. (2021) "Ethnic purity, otherness and anxiety: the model of internal racism", in White, K. and Klingenberg, I. (eds.) *Migration and Intercultural Psychoanalysis: Unconscious Forces and Clinical Issues*, New York: Routledge, pp.11-29.
- de Cordova, F. (2009) "La cura in prospettiva transculturale", in Inghilleri, P. (a cura di) *Manuale di psicologia culturale*, Milano: Raffaello Cortina, pp. 203-221.
- Dein, S. (2004) *Religion and Healing Among the Lubavitch Community in Stanford Hill, North London: a Case Study of Hasidin*, New York: Edwin Mellor Press.

- Delay, J., Deniker, P. and Harl J.-M. (1952) "Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective", *Annals of Medicine and Psychology* 110, pp.112–131.
- De Micco, V. e Martelli, P. (a cura di) (1993) *Passaggi di confine: Etnopsichiatria e migrazioni*, Napoli: Liguori Editore
- Derks, M. (2017) "Conscientious objectors and the marrying kind: rights and rites in Dutch public discourse on marriage registrars with conscientious objections against conducting same-sex weddings", *Theology & Sexuality*, 23:3, pp.209-228.
- Delli Ponti, G. (a cura di) (2010) "Incontro con Mario Tobino", Video Cultura RSI, RSI Radiotelevisione svizzera. (<https://www.rsi.ch/cultura/focus/Mario-Tobino-e-i-suoi-%E2%80%9Cmatti%E2%80%9D-13181412.html>, accessed on October 12, 2020)
- de Martino, E. (1997[1941]) *Naturalismo e storicismo nell'etnologia*, Lecce: Argo.
- de Martino, E. (2002[1962]) "Promesse e minacce dell'etnologia," in de Martino, E. (1962)2002, *Furore simbolo valore*, Milano: Feltrinelli, pp.65-103.
- de Martino, E. (2002 [1977]) *La Fine del Mondo*, Torino: Einaudi.
- de Martino, E. (2015[1948]) *Il mondo magico: Prolegomeni a una storia del magismo*, Torino: Bollati Boringhieri (=1988, 上村忠男訳『呪術の世界：歴史主義的民族学のために』平凡社.)
- de Martino, E. (2015[1961]) *La terra del rimorso: Contributo a una storia religiosa del Sud*, Milano: Il Saggiatore.
- de Martino, E. (2018[1958]) *Morte e pianto rituale nel mondo antico*, Torino: Bollati Boringhieri.
- de Martino, E. (2018[1959]) *Sud e magia*, Milano: Feltrinelli.
- De Pracontal, M. (2008) "Tobie Nathan : A traveler among cultures," *Contemporary French Studies*, pp. 309-10.
- De Vecchis, P. (2009) "Tobino, Basaglia e la legge 180: storia di una polemica", in Tobino, M. (2009[1982]) *Gli ultimi giorni di Magliano*, Milano: Mondadori, pp.LI-LXXV.
- Devereux, G. (1956) "Normal et anormal" in Devereux, G. (1965) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris: Édition Gallimard (= "Normale e anormale" in 2007, Inglese, S. ed., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma: Armando Editore, pp.23-93).
- Devereux, G. (1967) "La renonciation à l'identité : défense contre anéantissement," *Revue Française de Psychanalyse*, Paris, I, 1967, pp.101-141.

- Devereux, G. (1973) *Essqis d'etnopsychiqttrie g n rqlle*, Paris : Édition Gallimard (=2007. Inglese, S. ed., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma: Armando Editore).
- Devereux, G. (1978) "L'ethnopsychiatrie," *Ethnopsychiatria*, 1,1, pp.7-13.
- Devereux, G. (1985[1972]) *Ethnopsychanalyse compl mentariste*, (r edition), Paris: Éditions Flammarion, (=2014. Ancora, A. ed. *Etnopsicoanalisi complementarista*, Salvi, N. F. trad., Milano: Franco Angeli).
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2014) "Supporters of a single orientation may do less for science and the health of patients than integrationists: A reply to Govrin (2014)", *Journal of Psychotherapy Integration*, 24 (2), pp.91-94.
- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (2004) *La Guida ai Servizi di Salute Mentale*, Trieste: Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (= (2006) 『トリエステ精神保健サービスガイド：精神病院のない社会へ向かって』 小山昭夫訳、現代企画室)
- Dogliotti, M e Rosiello, L. (a cura di) (1995) Lo Zingarelli 1995: Vocabolario della lingua italiana, Bologna: Zanichelli.

E

- Eaton, V., Ward, C., Womack, J., and Taylor, A. (2011) *Mental Health and Wellbeing in Leeds: An Assessment of Need in the Adult Population in Leeds*. NHS Leeds.
- 江川純一 (2015) 『イタリア宗教史学の誕生：ペッタッツォーニの宗教思想とその歴史的背景』 勁草書房.
- Einaudi, L. (2007) *Le politiche dell'immigrazione in Italia dall'unit  a oggi*, Bari: Laterza.
- Eisenberg, L. (1977) "Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness", *Cult Med Psychiatry*, Apr;1 (1), pp.9-23.
- Ensign, J. (1995) Traditional healing in the Hmong refugee community of the California central valley, Unpublished dissertation.
- Esmail, N. (2017) *Complementary and Alternative Medicine: Use and Public Attitudes 1997, 2006, and 2016*, British Columbia: Fraiser Institute.
- Eurostat (2020) *Migration and migrant population statistics*, Eurostat Statistics Explained,(https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics, accessed on April 10, 2021)
- Evangelista, R. (2010) "Che cos'  la cultura? Presenza, crisi e trascendimento in Ernesto de Martino", *Scienza e filosofia*, n. 3, 2010, 128-36.

F

- Fabian, J. (1983) *Time and the Other: How Anthropology Makes Its Object*, New York:

Columbia University Press.

- Fabian, J. (1990) "Presence and Representation; The Other and Anthropological Writing", *Critical Inquiry*, 16(4), pp.753-772.
- Fabian, J. (2006) "The Other Revisited: Critical Afterthoughts", *Anthropological Theory*, Vol 6(2), 139-152.
- Fassin, D. (2000) "Les Politiques de l'etnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieus francaises," *L'Homme*, n. 153, pp.231-250.
- Fassin, D. and Rechtman, R. (2009) *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood*, New Jersey: Princeton University Press.
- Fazel, M., Wheeler, J., and Danesh, J. (2005) "Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review", *Lancet*, 365 (9467), pp.1309-1314.
- Federici, S. e Pittau, F. (a cura di) (2012) *Comunicare l'immigrazione: Guida pratica per gli operatori dell'informazione*, Rastignano: Lai-momo.
- Ferrari, M. (2012) *Ernesto de Martino on Religion: The Crisis and the Presence*, Sheffield: Equinox Publishing.
- Ferraris, M. (2014) "Che cos'è il nuovo realismo?", *ECPS Journal*, 9, pp.29-50.
- Frecska, E., Bokor, P. and Winkelman, M. (2016) "The Therapeutic Potentials of Ayahuasca: Possible Effects against Various diseases of Civilization", *Front. Pharmacol.*, Vol. 7, Article 35, pp.1-17.
- Freud, G. (1932) *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag (=2011, 道端泰三、福田覚、渡邊俊之訳『フロイト全集 21 卷 1932—37 年 続・精神分析入門講義、終わりのある分析とない分析』岩波書店).
- Friedlander, M. L. (1999) "Ethnic identity development of internationally adopted children and adolescents: Implications for family therapists", *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol.25, No.1, pp.43-60.
- Frigessi, D. (1993) "Il modello patologico dell'immigrazione", De Micco, V. e Martelli, P. (a cura di), *Passaggi di confine: Etnopsichiatria e migrazioni*, Napoli: Liguori Editore, pp.43-49.
- Fondazione Leone Moressa (2007) "Colf-badanti straniere in Italia", *Collana Multietnico*, 28 febbraio, Venezia-Mestre: Fondazione Leone Moressa.

G

- Gindling, T. H. & Poggio, S. Z. (2010) "The Effect of Family Separation and Reunification on the Educational Success of Immigrant Children in the United

- States", *IZA discussion paper No. 4887*, Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA).
- Giovanni, M. e Di Capua, D. (2016) "Come funziona lo SPAR, il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati", *Second Welfare* (<https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/inclusione-sociale/il-sistema-di-protezione-per-richiedenti-asilo-e-rifugiati-in-italia/>, accessed on December 5, 2021)
- Giuffrè. G. A. (2018) "Profili di organizzazione e di evidenza pubblica del sistema di accoglienza", *Federalismi.ità rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo*, n.13, pp.2-37.
- Glasgow, G. F., & Ghouse-Shees, J. (1995) "Themes of rejection and abandonment in group work with Caribbean adolescents", *Social Work with Group*, 17, pp.3-27.
- GLI (2014) *La Qualifica del Mediatore Interculturale: Dossier di Sintesi*, Roma: GLI.
- Gogolin, N. (2021) "Tolerance for non-understanding: understanding and its limits-the confusion of tonbues", in White, K. and Klingenberg, I. (eds.) *Migration and Intercultural Psychoanalysis: Unconscious Forces and Clinical Issues*, New York: Routledge, pp.76-87.
- Good, B. (1994), *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press (=2001, 江口重幸、五木田紳、下地明友、大月康義、三脇康生訳『医療・合理性・経験 バイロン・グッドの医療人類学講義』, 誠信書房)
- Good, B. DelVecchio Good, M.-J. and Moradi, R. (1985) "The Interpretation of Iranian Depressive Illness and Dysphoric Affect", in Kleinman, A. and Good, B. (eds.) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, California: University of California Press, pp.367-428.
- Good, B. & Kleinman, A. (1985) "Epilogue: Culture and Depression", in Kleinman, A. and Good, B. (eds.) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, California: University of California Press, pp.491-505.
- Guatri, L. (2013) *L'Italia che abbiamo trovato, quella che lasciamo* (Formato digitale), Milano: Egea.
- Gutiérrez, J.J.G. (2015) *The PCI Artists: Antifascism and Communism in Italian Art, 1944-1951*, Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.

H

- Hank, K. (2007) "Proximity and contacts between older parents and their children: A

- European comparison", *Journal of Marriage and Family*, 69, pp.157–173.
- Harrag (2017) "Elementi di etnopsichiatria. Sintesi condivisa per la promozione della salute mentale comunitaria in una società multiculturale" in Inglese, S. e Cardamone, G. (a cura di) *Déjà Vu2: Laboratori di etnopsichiatria critica*, pp. 75-94, Paderno Dugnano: Edizioni Colibri.
- Hays, P. A. (2009) "Integrating evidence-based practice, cognitive-behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice", *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), pp.354-360.
- Healey, D. (1998) "Pioneers in Psychopharmacology", *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1, pp.191-194.
- Helman, C. G. (2007) *Culture, Health and Illness, Fifth edition*, Oxford: Taylor and Francis (=2018, 辻内琢也監訳責任者, 牛山美穂・鈴木勝己・濱雄亮監訳『ヘルマン医療人類学：文化・健康・病い』金剛出版)
- Helsel, D. (2019) "Paper Spirits and Flower Sacrifices: Hmong Shamans in the 21st Century", *Journal of transcultural nursing*, Vol.30, No.2. pp.132-136.
- Hernandez-Iverson, E. (2010) *IMIA Guide on Medical Interpreter Ethical Conduct* (1st ed.) Lexington: IMIA.
- Hiott, A., Grzywacz, J. G., Arcury, T. A., and Quandt, S. A. (2006) "Gender differences in anxiety and depression among immigrant Latinos", *Families, Systems, & Health*, 24(2), pp.137-146.
- Hirschman, (2004) "The role of religion in the origins and adaptation of immigrant groups in the United States", *Int. Migr. Rev.*, 38, pp.1206-1233.
- Hodges, S. and Bennett, B. C. (2006) "The Ethnobotany of *Pluchea Carolinesis* (JACQ.0 G. Don (Asteraceae) in the Botánicas of Miami, Florida", *Economic Botany*, 60(1), pp.75-84.
- Hofer, J. (1688) *Dissertatio Medica de Nostalgia, oder Heimwehe*, Basel: Jacobus Bertschius. (= Medical Dissertation on Nostalgia by Johannes Hofer, 1688', trans. Carolyn Kiser Anspach, *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*, 2 (1934), pp.376–91.
- Honkasalo, M. L. (2015) "If the Mother of God Does Not Listen: Women's Contested Agency and the Lived Meaning of the Orthodox Religion in North Karelia", *Journal of American Folklore*, Vol. 128, No. 507, Winter 2015, 65-92.
- Hsieh, E. and Kramer, E. M. (2012) "Medical Interpreters as Tools: Dangers and Challenges in the Utilitarian Approach to Interpreters' Role and Functions", *Patient Educ. Couns.* 89(1): pp.158-162.
- Huff-Müller, M. (2021) "Once around the world-the denial of traumatisations in the

- globalized post-modern world", in White, K. and Klingenberg, I. (eds.) *Migration and Intercultural Psychoanalysis: Unconscious Forces and Clinical Issues*, New York: Routledge, pp.44-59.
- Humer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H. and Steiner, H. (2009) "Mental health issues in unaccompanied refugee minors", *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, Article number:13.
- I
- Inglese, S. (2002) "Dalla psicopatologia della migrazione alla nuova psichiatria culturale," De Micco, V. ed., *Le culture della salute-Immigrazione e sanità: Un approccio transculturale*, Napoli: Liguori.
- Inglese, S. (2005) "A sud della mente: Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti," Attenasio, L, Casadei, F., Inglese, S. e Ugolini, O. eds., *La cura degli altri: Seminari di etnopsichiatria*, Roma: Armando Editore, 61-163.
- Inglese, S. (2010) "La psicopatologia dell'emigrazione come momento di transizione teoretica alla fondazione dell'etnopsichiatria italiana," Inglese, S. e Cardamone, G. eds., *Déjà vu: Tracce di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano: Edizioni Colibri, 33-41.
- Inglese, S. e Cardamone, G. (2010) "Tracce nella polvere di un futuro anteriore," in Inglese, S. e Cardamone, G. eds. *Déjà Vu: Tracce di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano: Edizioni Colibri, pp.11-30.
- Inglese, S. e Pisani, L. (1998) "Il futuro è dove? Presentazione dell'edizione italiana," in *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?*, Lari: Edizioni Colibri, pp.7-15.
- INPS (2021) *Statistiche in breve: Anno 2020 Lavoratori Domestici*, Roma: INPS.
- Inta, A., Shengji, P., Balslev, H., Wangpakapattanawong, P., & Trisonthi, C. (2008) "A comparative study on medicinal plants used in Akha's traditional medicine in China and Thailand, cultural coherence or ecological divergence?", *Journal of ethnopharmacology*, 116 (3), pp. 508–517.
- 石川元 (1990) 『「家族」と治療する：私の家族療法を振り返る』 未来社
- ISMU (2019) Aumentano i rifugiati nel mondo, diminuiscono i richiedenti asilo in Italia, Fondazione ISMU, <https://www.ismu.org/aumentano-i-rifugiati-nel-mondo-diminuiscono-i-richiedenti-asilo-in-italia/>, 2020年3月7日アクセス)
- ISTAT (2019a) Conti economici territoriali: Anni 2017-2019, Roma: ISTAT (https://www.istat.it/it/files//2020/12/REPORT-CONTI-TERRITORIALI_2019.pdf,

- accessed on December 5, 2021)
- ISTAT (2020) Tasso di disoccupazione, ISTAT (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_TAXDISOCCU1#, accessed on December 5, 2021)
- ISTAT (2021) Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2021 per età e sesso-dati provvisori (<http://demo.istat.it/strasa2021/index.html>, accessed on December 5, 2021)
- ISTAT (2022a) Stranieri residenti in Italia per sesso e regione al censimenti 1981, 1991, 2001, 2011 e al 31 dicembre 2012, 2013 e 2014, Roma: ISTAT (https://seriestoriche.istat.it/index.php?id=1&no_cache=1&tx_usercento_centofe%5Bcategoria%5D=2&tx_usercento_centofe%5Baction%5D=show&tx_usercento_centofe%5Bcontroller%5D=Categoria&cHash=5dc94093f50e10c9e55a034d4c6ba123, accessed on January 10, 2022)
- ISTAT (2022b) Espatri e rimpatri per regione e ripartizione geografica: Anni 1876-2014, Roma: ISTAT (https://seriestoriche.istat.it/index.php?id=1&no_cache=1&tx_usercento_centofe%5Bcategoria%5D=2&tx_usercento_centofe%5Baction%5D=show&tx_usercento_centofe%5Bcontroller%5D=Categoria&cHash=5dc94093f50e10c9e55a034d4c6ba123, accessed on January 10, 2022)
- ISTAT (2022c) Popolazione residente per sesso, nati vivi, morti, saldo naturale, saldo migratorio, saldo totale e tassi di natalità, mortalità di crescita naturale e migratorio totale: Anni 1862-2014 ai confini attuali, Roma, ISTAT (https://seriestoriche.istat.it/index.php?id=1&no_cache=1&tx_usercento_centofe%5Bcategoria%5D=2&tx_usercento_centofe%5Baction%5D=show&tx_usercento_centofe%5Bcontroller%5D=Categoria&cHash=5dc94093f50e10c9e55a034d4c6ba123, accessed on January 10, 2022).
- Italia (1904) Legge 14 febbraio 1904, n.36 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati", Roma: Gazzetta Ufficiale 22 febbraio n.43.
- Italia (1947) *Costituzione della Repubblica Italiana*, (<https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione>, accessed on December 5, 2021)
- Italia (1978) *Legge 13 maggio 1978, n.180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"*, Roma: Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978 n.133.

J

- Jackson, D. (1957) "The question of family homeostasis", *International Journal of Family Therapy*, 3, pp.5-15.
- Jarvis, G. E., Kirmayer, L. J., Weinfeld, M. and Lasry, J. (2005) "Religious Practice and Psychological Distress: The Importance of Gender, Ethnicity and Immigrant

- Status”, *Transcultural Psychiatry*, Vol 42 (4), pp. 657-675.
- Jasinskaja-Lahti, I., & Liebkind, K. (2007) "A structural model of acculturation and well-being among immigrants from the former USSR in Finland", *European Psychologist*, 12 (2), pp.80–92
- Jeffress, R. (2015) *Countdown to the Apocalypse: Why ISIS and Ebola Are Only the Beginning*, New York: FaithWords.
- Jenkins, J. H. & Barrett, R. J. (2004) *Schizophrenia, Culture and Subjectivity: The Edge of Experience*. New York: Cambridge University Press.
- Jilek, W. G. & Jilek-Aall, L. (2001) "Culture-Specific Mental Disorders", in Henn, F., Sartorius, N., Helmchen, H. and Lauter, H. (eds.) *Contemporary Psychiatry Volume 2: Psychiatry in Special Situations*, Berlin: Springer, pp. 217-246.
- Jochelson, W. (1926) "The Yakaghir and the Yakaghirized Tungus," *Memoir of the AMNH, Vol. 13, The Jesup North Pacific Expedition Publications Vol.9*, New York: American Museum of Natural History.
- Jordan-Bychkov, T.G. and Jordan, B.B. (2002) *The European Culture Area: A Systematic Geography*, 4th edition, Lanham: Rowman & Littlefield Pub Inc. (=2008, 山本正三・石井英也・三木一彦共訳『ヨーロッパ：文化地域の形成と構造』二宮書店)

K

- Kandel, E. R. (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *The American journal of psychiatry*, 155(4), 457-69.
- Kaptchuk, T. J. (2002) "Acupuncture: Theory, Efficacy, and Practice", *Annals of Internal Medicine*, Vol.136 No.5, pp.374-383.
- Kendell, R.E. (1975) *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, Oxford: Blackwell, pp.70-71.
- Kiene, H., Brinkhaus, B., Fischer, G., Girke, M., Hahn, E.G., Hoppe, H.D., Jütte, R., Kraft, K., Klitzsch, W., Matthiessen, P.F., Meister, P., Michalsen, A., Teut, M., Willich, S.N., and Heimpel, H. (2010) "Professional treatment in the context of medical pluralism—A German perspective", *European Journal of Integrative Medicine*, Volume 2, Issue 2, pp. 53-56,
- Kings, R., Black, R., Collyer, M., Fielding, A. and Skeldon, R. (2010) *The Atlas of Human Migration: Global Patterns of People on the Move*, Brighton: Myriad Editions (=2011, 竹沢尚一郎、稲葉奈々子、高畑幸共訳『移住・移民の世界地図』丸善出版)
- Kirkbride, J. B. & Jones, P. B. (2011) "Epidemiological aspects of migration and mental illness" in Bhugra, D. & Gupta, S. (eds) (2011) *Migration and Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press, pp.15-43 (= “移住と精神疾患の疫学的

- 側面” in 2017, 野田文隆監訳、李創鎬・大塚公一郎・鶴川晃 訳『移住者と難民メンタルヘルス：移動する人の文化精神医学』 pp.44-83) .
- Kirmayer, L.J., Jarvis, G. E., and Guzder, J. (2015) “The Process of Cultural Consultation”, in Kirmayer, L. J., Guzder, J. and Rousseau, C. (eds.) *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, New York: Springer, pp.47-69.
- Kirmayer, L. J. & Minas, H. (2000) "The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective", *Can J Psychiatry*, Vol. 45, pp.438-446.
- 北原敦 (2002) 『イタリア現代史研究』 岩波書店.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988) *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Conditions*, New York: Basic Books (=2015[1996], 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳『病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房) .
- 公認心理士・臨床心理士の勉強会 (2019) 公認心理士：選択肢の解説 (<https://public-psychologist.systems/17-心理状態の観察及び結果の分析/公認心理師%E3%80%802018追加-13/>, accessed on September 7, 2021)
- Koenig, H. G. (2008) “Religion and mental health: what should psychiatrists do?”, *Psychiatric Bulletin*, 32, pp.201-203.
- Kramer, P.D. (1993) *Listening to Prozac: A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*, New York: Viking Press.
- Kraepelin, E. (1909) *Psychiatrie-Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 8th edn, vol.1, Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1913) *Psychiatrie-Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 8th edn, vol.3, Leipzig: Barth.
- L**
- Lacan, J. (1973) *Les Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris: Seuil (=2020, 小出浩之、新宮一成、鈴木國文、小川豊昭訳『精神分析の四基本概念』岩波文庫) .
- Lanternari, V. (1992) “Da Ernesto de Martino a Michele Risso: Nota su Sortilegio e Delirio di Risso e Böker,” in Risso, M. e Böker, W., [1964] 2000, *Sortilegio e Delirio: Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, 2nd ed., Napoli: Liguori.
- Lanternari, V. (2006) *Dai “primitivi” al “post-moderno”*: Tre percorsi di saggi storico-

- antropologici*, Napoli: Liguori.
- La Repubblica (2014) "Trieste, ruba pistola a poliziotto e si spara: 21enne in fin di vita", *La Repubblica*, Marzo 12, 2014 (https://www.repubblica.it/cronaca/2014/03/12/news/trieste_suicidio-80837270/), accessed on November 25, 2021).
- La Repubblica (2019) "Casa negata a una ragazza di Foggia: "Scriva pure che sono leghista sfegatata", La Repubblica Rep tv, 13 settembre 2019, (<https://video.repubblica.it/edizione/bari/casa-negata-a-una-ragazza-di-foggia-scriva-pure-che-sono-leghista-sfegatata/343554/344145>), accessed on March 18, 2021)
- Lau, P. W. L., Cheng, J. G. Y., Chow, D. L. Y., Ungvari, G. S., & Leung, C. M. (2009) "Acute Psychiatric Disorders in Foreign Domestic Workers in Hong Kong: a Pilot Study", *International Journal of Social Psychiatry*, 55(6), pp.569–576.
- Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J.D. and Curlin, F. A. (2014) "Primary care physicians' and psychiatrists' willingness to refer to religious mental health providers", *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 60 (7), pp. 627-636.
- Lee, R. M. (2003) "The Transracial Adoption Paradox: History, Research, and Counseling Implications of Cultural Socialization", *Couns Psychol.*, 31(6), pp.711-744.
- Losi, N. (2010) *Vite Altrove: Migrazione e disagio psichico*, Roma: Borla.
- Lenzi, R. (1980) "La situazione demografica dell'Italia2", *Genus*, Vol.36, No.1/2, pp.129-165.
- Leticq, B. L., Anderson, E. A., and Joseph, A. L. (2013) "Social Policies and Families: Through and Ecological Lens" in Peterson G. W. and Bush, K. R. (eds.) *Handbook of Marriage and the Family*, New York: Springer. pp. 751-779.
- Levy, K. and Anderson, T. (2013) "Is Clinical Psychology Doctoral Training Becoming Less Intellectually Diverse? And If So, What Can Be Done?", *Clinical Psychology Science and Practice*, 20(2), pp.211-220.
- Lévy-Bruhl, L., 1927, *L'âme primitive*, Paris: Alcan (=2013[1953], 山田吉彦訳『未開社会の思惟』岩波文庫) .
- Lévi-Strauss, C. (1950) *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*, Paris: Presses Universitaires de France
- Lévy-Strauss, C. (1958) *Anthropologie Structurale*, Paris: Librairie Plon. (=1972, 荒川幾男・生松敬三・川田順造・佐々木明・田島節夫共訳『構造人類学』みすず書房) .
- Lévy-Strauss, C. (1962) *La Pensee sauvage*, Paris: Plon (=1976, 大橋保夫訳『野生の思考』みすず書房)
- Lévi-Strauss, C. (1971) *Mythologiques, L'Homme nu*, Paris: Plon.

- Lindert, J., Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009) "Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis", *Social science & medicine* (1982), 69 (2), pp.246–257.
- Littlewood, R.D. & Lipsedge, M. (1997) *Aliens and Alienists: Ethnic minorities and Psychiatry*, Third Edition, London: Penguin Books Ltd.
- Littlewood, R. (2000) "How Universal Is Something We Can Call 'Therapy'?", in Kareem, J. & Littlewood, R. (eds.) *Intercultural Therapy Second Edition*, London: Blackwell, pp.39-58.
- Löbel, L-M. & Jacobsen, J. (2021) "Waiting for kin: a longitudinal study of family reunification and refugee mental health in Germany", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 47:13, pp.2916-2937.
- Lorusso, L. (2019) "Dalla Cina all'Italia, rifugiati per religione: Le richieste di protezione internazionale di cinesi in Italia", Missioni Consolata, Agosto 1, 2019, (<https://www.rivistamissioniconsolata.it/2019/08/01/dalla-cina-allitalia-rifugiati-per-religione/>, accessed on May 15, 2021)
- Losi, N. (2010) *Vite Altrove: Migrazione e disagio psichico*, Roma: Borla.
- Lovato-Hermann, K. (2017) "Crossing the border to find home: A gendered perspective on the separation and reunification experiences of Mexican immigrant young adults in the United States", *International Social Work*, 60 (2), pp.379–393.
- Luhrman, T. M. (2000) *Of Two Minds: An Anthropologist Looks at American Psychiatry* (Ebook), New York: Vintage Books.
- Lustig, S.L., Kia-Keating, M., Knight, W.G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, D., Keane, T., and Saxe, G.N. (2004) "Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43(1), pp.24-36.

M

- Mabit, J. (2007) "Ayahuasca in the treatment of Addictions", in Robert, T. B., and Winkelmann, M. J. (eds) *Psychedelic Medicine (Vol.2): New Evidence of Hallucinogenic Substances as Treatment*, Westport, CT: Praeger Ed., pp.87-103.
- Mabit, J. Giove, R., and Vega, J. (1995) "Takiwasi: The Use of Amazonian Shamanism to Rehabilitate Drug Addicts", in Andritzky, W. (ed.)(1996) *Yearbook of Cross-Cultural Medicine and Psychotherapy*, Berlin: International Institute of Cross-Cultural Therapy Research, pp.257-285.
- Maciotti, M. I. e Pugliese, E. (1991) *Gli immigrati in Italia*, Roma: Laterza.
- Magrini, G. (1990) "Mario Tobino e lo stile della comunità", *Paragone*, LXI, 23 (488), pp.20-32.

- Mähönen, T.A. & Jasinskaja-Lahti, I. (2012) "Acculturation Expectations and Experiences as Predictors of Ethnic Migrants' Psychological Well-Being", *Journal of Cross-Cultural Psychology* 44 (5), pp.786-806.
- Matteini, C., Inglese, S. and Cardamone, G. (2017) "Con l'altro, in poche parole: Per un lessico dell'accoglienza a venire. Extended version", in Inglese, S. e Cardamone G. (eds.) *Déjà Vu2: Laboratori di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano: Edizioni Colibri, pp.269-282.
- Maichou, L., Xiong, P., Park, L. Schwei, R. J. and Jacobs, E. A. (2017) Western or Traditional Healers? Understanding Decision Making in the Hmong Population", *West J Nurs Res.* 39(3), pp.400-415. Mayo Clinic (2021) "Faculty: Jon C. Tilburt", (<https://www.mayo.edu/research/faculty/tilburt-jon-c-m-d/bio-00096140>, accessed on September 20, 2021)
- Mazmudar, S. and Mazmudar, S. (2009) "Religious Placemaking and Community Building in Diaspora", *Environment and Behavior*, 41(3), pp.307-337.
- McGoldrick, M., Giordano, J., and Garcia-Preto, N. (2005) "Overview: Ethnicity and Family Therapy" in McGoldrick, M., Giordano, J. and Garcia-Preto, N. (eds.) (2005) *Ethnicity and Family Therapy*, (3rd ed.), New York: The Guilford Press, pp.1-40.
- Mezey, A. G. (1960) Personal background, emigration and mental disorder I Hungarian refugees, *Journal of Mental Science*, 106, pp.618-627.
- 松葉祥一 (2005) "訳者あとがき" in トビ・ナタン『他者の狂気 臨床民族精神医学試論』 (*La folie des autres: Traité d'etnopsychiatrie clinique*. 松葉祥一、椎名亮輔、植本雅治、向井智子訳)、みすず書房、395-407頁。
- 松葉祥一 2016 「ジョルジュ・ドゥヴルーと民族精神医学：A・デプレシオン監督“ジミーとジョルジュ”に寄せて」『心の危機と臨床の知』17、41-49頁。
- 松嶋健 (2011) "イタリアの精神医療とその周辺について：報告 II フランコ・バザーリアとイタリアの精神医療改革", *社会情報* Vol.21, No.1, pp.63-96.
- 松嶋健 (2014) 『プシコナウティカ：イタリア精神医療の人類学』世界思想社
- Martina, G. (2018) "migrante suicida dopo l'asilo politico negato, raccolti 6mila euro per riportare la salma in Gambia", *La Repubblica*, 24 ottobre, 2018 (https://bari.repubblica.it/cronaca/2018/10/24/news/migrante_suicida_dopo_l_asilo_politico_negato_raccolti_6mila_euro_per_riportare_la_salma_in_gambia-209873710/, accessed on December 5, 2021)
- Mazullo, D. (2009) "Mario Tobino Scrittore e Psichiatra Coraggioso", *Maintenance and Facility Management*, Anno 3, Numero 3/4 Maggio Agosto 2009, pp.32-35.
- Melina, L. (1991) "Why children may not want to talk about adoption", *Adopted Child*

Newsletter.

- Mellina, S. (2013) "Ricordo di Bruno Callieri", *Comprendere*, 23 (I): 178-87.
- Mellina, S. (2018) "Michele Risso. Lo psichiatra che negli anni '70 curava gli psicotici gravi e congedava i nevrotici", *Psychiatry on line Italia*, (<http://www.psychiatryonline.it/node/7492>, accessed on March 15, 2019)
- Michelson, D. and Sciare, I. (2009) "Psychological Needs, Service Utilization and Provision of Care and in a Specialist Mental Health Clinic for Young Refugees: A Comparative Study", *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), pp.273-296.
- Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D. and Goodkind, J. R. (2018) "Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice", *Am J Orthopsychiatry*. 2018: 88(1), pp. 26-37.
- Miller, K. E. (1999) "Rethinking a Familiar Model: Psychotherapy and the Mental Health of Refugees", *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol.29, No. 4, pp.283-306.
- Minella, M. (2019) "Genova, don Giacomo piange Jerry, migrante morto suicida: "Gli avevano negato l'asilo politico", *La Repubblica*, 31 gennaio 2019, (https://genova.repubblica.it/cronaca/2019/01/31/news/genova_don_giacomo_piange_jerry_migrante_morto_suicida_gli_avevano_negato_l_asilo_politico_-217890196/, accessed on December 5, 2021)
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2020) *I minori stranieri non accompagnati in Italia: Report di Monitoraggio*, Roma: Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione.
- Ministero dell'Interno (2009) *Linee di indirizzo per il riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale*, Roma: Ministero dell'Interno.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G. Rosman, B.L., & Shumer, B.G. (1967) *Families on the slums*, New York: Basic Books.
- Miranda, J., Siddique, J., Der-Martirosian, C., & Belin, T. R. (2005) "Depression among Latina immigrant mothers separated from their children", *Psychiatric Services*, 56, pp.717-720.
- 三脇康生 (2000) "トビー・ナタンの民俗精神医学・民俗精神分析の主要概念と治療方法" 『文化とこころ 多文化間精神医学研究』 4 (1 & 2)、pp.104-111.
- Monti, M. C. (2011) "Guerre tra mondi: Il servizio di psicologia dell'ambulatorio di medicina delle migrazioni di Palermo", *Narrare i Gruppi*, anno VI, Vol.2, Novembre, pp.45-54.
- Moro, R. M., De La Noë, Q. Mouchenik, Y., et Baubet, T. (eds.) (2004) *Manuel de*

psichiatrie transculturelle. Travail Clinique, travail social, Grenoble: Editions La Pensée Sauvage (=2009. *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla cinica alla società*, Magnani, G. trad., Milano: Franco Angeli).

N

Nancy, J. -L. (1999) *La communauté désœuvrée*, Paris: Christian Bourgois Editeur
(=2017, 西谷修・安原伸一朗訳『無為の共同体：哲学を問い直す分有の思考』第6刷、以文社)

Natter, K. (2015) "Revolution and Political Transition in Tunisia: A Migration Game Changer?" , Migration Policy Institution (<https://www.migrationpolicy.org/article/revolution-and-political-transition-tunisia-migration-game-changer>, accessed on December 5, 2021)

Nathan, T. (2001 [1986]) *La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris: Dunod (=2005. 『他者の狂気 臨床民族精神医学試論』松葉祥一、椎名亮輔、植本雅治、向井智子訳、みすず書房)

Nathan, T. (1993) *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était--Principes d'ethnopsychanalyse*, Grenoble: Édition La Pensée Sauvage (=1996. Principi di etnopsicoanalisi, Torino: Bollati Boringhieri).

Nathan, T. (1995) *Médecins et sorciers: Manifeste pour une psychopathologie scientifique: Le médecin et le charlatan*, Paris : Le Seuil (=1996. Inglese, S. e Salsano, A., trad., *Medici e stregoni*, Torino: Bollati Boringhieri).

Nathan, T. (1996) "Fabriquer un thérapeute. Première partie : Théorie et invisibles non humains", in *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 32, pp.7-23.

Nathan, T. (2001) *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris: Le Seuil (=2003, *Non siamo soli al mondo*, Torino: Bollati Boringhieri).

Nathan, T. (2003) "Ethnopsychiatrie, complémentarisme, possession," in *Ethnopsy. Les Mondes contemporains de la guérison*, 5, pp. 7-28.

Nathan, T. (2005) "Etnopsichiatria, complementarismo, possessione," in Attenasio, L., Casadei, F., Inglese, S., e Ugolini, O. eds., *La cura degli altri : Seminari di etnopsichiatria*, Roma : Armando Editore, pp.164-178.

Nathan, T. (2011) *La nouvelle interprétation des rêves*, Paris: Odile Jacob (=2011, Una nuova interpretazione dei sogni, Morra, N. trad., Milano: Raffaello Cortina Editore).

Nathan, T. ed. (2006) *La guerre des psy. Manifeste pour une psychothérapie démocratique*, Paris: Seuil.

Nathan, T. (1988) *Le sperme du diable, éléments d'ethnopsychothérapie*, Paris : Presses

Universitaires de France.

- Nathan, T. et Stengers, I. (1995) *Médecins et sorciers. Manifeste pour une psychopathologie scientifique. Le médecin et le charlatan*, Paris: Le Seuil (= 1996, Inglese, S. e Salsano, A., trad., *Medici e Stregoni. Manifesto per una psicopatologia scientifica. Il medico e il ciarlatano*, Torino: Bollati Boringhieri) .
- Nathan, T. et Zajde, N. (2012) *Psychothérapie démocratique*, Paris: Odile Jacob (=2013, *Psicoterapia democratica*, Baretter, M. trad., Milano: Raffaello Cortina Editore.)
- Nazroo, J.Y., Bhui, K.S. and Rhodes, J. (2019) "Where next for understanding race-ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism", *Sociology of Health & Illness*, Vol.42 No.2, pp.262-276.
- Neudelman, M. and Tasch, B. (2015) "This map shows the routes of Europe's refugee nightmare- and how it's getting worse", Insider (<https://www.businessinsider.com/map-of-europe-refugee-crisis-2015-9>, accessed on December 5, 2021)
- Newman, C. F. (2010) "Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), pp.12-19.
- Nicklett, E.J. and Burgard, S.A. (2009) "Downward Social Mobility and Major Depressive Episodes Among Latino and Asian-American Immigrants to the United States", *American Journal of Epidemiology*, Vol.170, No.6, pp.793-801.
- Nitti, F. S. (1958) *Scritti sulla questione meridionale*, Bari: Laterza, pp.380-381.
- Nørredam M. (2015) "Migration and health: exploring the role of migrant status through register-based studies", *Danish medical journal*, 62 (4), B5068.
- Novati, F. e Renier, R. (eds.) (1911) *Giornale storico della letteratura italiana Volume LVIII*, Torino, Ermano Loescher.

O

- Ødegaard, Ø. (1932) "Emigration and insanity", *Acta Psychiatrica Neurologica, Suppl.* 4, pp.1-206.
- Oglosky, B. G., Monk, J. K., Rice, T. M., Theisen, J. C., and Maniotes, C. R. (2017) "Relationship Maintenance: A Review of Research on Romantic Relationships", *Journal of Family Theory & Review*, 9, pp.275-306.
- Oh, Y., Koeske, G. F. and Sales, E. (2010) "Acculturation, Stress, and Depressive Symptoms Among Korean Immigrants in the United States", *The Journal of Social Psychology*, Vol.142 (4), pp.511-526.
- 大野裕・斎藤直子 (2005) "DSM-IV-TR" in 小此木啓吾・深津千賀子・大野裕編 (2005)

- 『改訂 心の臨床家のための精神医学ハンドブック』創元社, pp.100-104.
- 小此木啓吾 (2005) "精神医学の歴史と現況" in 小此木啓吾・深津千賀子・大野裕編 (2005) 『改訂 心の臨床家のための精神医学ハンドブック』創元社, pp. 5-27.
- Openpolis (2019) L'arrivo di meno migranti non basta a spiegare il calo dell'aps, (<https://www.openpolis.it/esercizi/larrivo-di-meno-migranti-non-basta-a-spiegare-il-calò-dellaps/>, accessed on December 5, 2021)
- Openpolis (2021) Gli arrivi di migranti in Italia dal 1997 al 2020, openpolis (<https://www.openpolis.it/numeri/gli-arrivi-di-migranti-in-italia-dal-1997-al-2020/>, accessed on December 5, 2021)
- Oriss (2019) "I Fogli di Oriss", Oriss, (<http://www.oriss.org/archivio/i-fogli-di-oriss-2/>, accessed on July 5, 2019).
- Ososki, A. L., Lohr, P., Reiff, M., Balick, M. J., Kronenberg, F., Fugh-Berman, A., & O'Connor, B. (2002) "Ethnobotanical literature survey of medicinal plants in the Dominican Republic used for women's health conditions", *Journal of ethnopharmacology*, 79 (3), pp.285–298.
- Osservatorio DOMINA (2021) "Badanti in Italia: L'Est Europa e una risorsa per il lavoro domestico", Osservatorio Nazionale DOMINA sul lavoro domestico (<https://www.osservatoriolavorodomestico.it/badanti-in-italia>, accessed on Aug. 8, 2021)
- Özbek, T. (2021) "The tale of those who went forth: on the inner experience of migration and forced migration", in White, K. and Klingenberg, I. (eds.) *Migration and Intercultural Psychoanalysis: Unconscious Forces and Clinical Issues*, New York: Routledge, pp.91-107.

P

- Pandolfi, M. (1990) "Boundaries inside the body: Women's sufferings in Southern Peasant Italy", *Culture, Medicine and Psychiatry*, June 1990, Vol. 14, Issue 2, 255-73.
- Pandolfi, M. (1993) "Il corpo, i corpi: Per un'etnografia dell'esperienza migrativa", in De Micco, V. e Martelli, P. (a cura di) *Passaggi di confine: Etnopsichiatria e migrazioni*, Napoli: Liguori Editore, pp.97-103.
- Papadopoulos, R. K. (2003) *Therapeutic Care for Refugees: No Place Like Home*, London: Routledge
- Pardini, V. (2008) "Il medico dei pazzi che combatteva una legge "folle", *il Giornale.it*, 1 dicembre 2008 (<https://www.ilgiornale.it/news/medico-dei-pazzi-che-combatteva-legge-folle.html>, accessed on December 5, 2021).

- Pasini, W. (2011) "Emigrazione ed immigrazione in Italia nei 150 anni dell'Unità nazionale", *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33-3, pp.352-354.
- Patterson, G. R. (1976) *Living with Children: New Methods for Parents and Teachers* (Revised Edition), Champaign: Research Press.
- Programma integra (2021) FARI 2: Formare Assistere Riabilitare Inserire, Programma integra, (<https://www.programmaintegra.it/wp/programma-integra/progetti/fari-2-formare-assistere-riabilitare-inserire/>, accessed on December 5, 2021)
- Peri, C. (2015) "Il sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati in Italia: punti di forza e criticità", *Dossier Statistico Immigrazione 2015*, pp.129-134
- Pirker, H., Haselmair, R., Kuhn, E. Schunko, C., and Vogl, C. R. (2012) "Transformation of traditional knowledge of medicinal plants: the case of Tyroleans (Austria) who migrated to Australia, Brazil and Peru". *J Ethnobiology Ethnomedicine* 8, Article number: 44.
- Pottinger, G., Plimmer, F., Dixon, T., Goodall, B., Russell, H. and Leverton, P., (2005) *Historic environments and tourism: Improving access for disabled people. Project Report*, Reading: CEM Reading.
- Portelli, S. (2009) "Antropologia applicata all'intervento psicoterapeutico: L'esperienza del Centre Georges Dévereux," *Revista d'antropologia investigació social*, Número 3, pp.84-98.

Q

- Quellette, F. and Belleau, H. (2001) *Family and social integration of children adopted internationally: A review of the literature*, Montreal: INRS-Université du Québec.

R

- RAI (1979) "Acquario", 15 gennaio, 1979, RAI (以下の youtube で一部視聴可能. https://www.youtube.com/watch?v=j_7yv5rTiQo, accessed on November 25, 2021)
- RaiNews (2014) "Romania: depressione e suicidi tra i figli delle badanti emigrate in Italia", RaiNews Italia (<https://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/Romania-depressione-e-suicidi-tra-i-figli-delle-badanti-emigrate-in-Italia-ec038a5a-d1c6-4355-9a76-1d6c83eddf04.html>, accessed on Aug.8, 2021)
- Ranci, D. & Rotondo, A. (2009) "Il servizio di Terrenuove, Riferimenti, pratiche, esperienze" Rotondo, A. eds., *Etnopsichiatria e territorio: Esperienze*, Milano:

- Terrenuove, pp. 15-45.
- Ranzato, L. (2004) "La nascita e gli sviluppi recenti della psicologia dell'emergenza in Italia" in Fenoglio, M. T. (a cura di) (2004) *Psicologia di frontiera: La storia e le storie della psicologia dell'emergenza in Italia*, Torino: Associazione psicologi per i popoli, pp. 32-44.
- Rauber, P. (2014) "Terrore davanti alla Questura, morto il giovane afgano", *Il Piccolo*, 13 marzo, 2014, (<https://ilpiccolo.gelocal.it/trieste/cronaca/2014/03/12/news/sparatoria-vicino-alla-questura-a-trieste-un-uomo-morto-1.8837257>, accessed on November 25, 2021).
- Rechtman, R. (1995) "De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle," *L'évolution psychiatrique*, LX, 3, pp.637-649.
- Regione Lazio (2007), Determinazione Dirigenziale: "Integrazione del flusso denominato File F per la costituzione del flusso dei Farmaci ad Erogazione Diretta (FARMED) ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 31 luglio 2007, G.U. 2 ottobre 2007". Regione Lazio Dipartimento Sociale. (http://www.asl.vt.it/Staff/SistemiInformativi/Documentazione/farmed/pdf/testo_DET_ufficiale.pdf. Accessed December 5, 2021)
- Remer, R. (2015) "Sociometry", in Wright, J. (ed.) *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2nd Edition*, Amsterdam: Elsevir, pp. 390-392.
- Ricoeur, P. (1971) "Événement et sens dans le discours" in Philibert, M. *Paul Ricoeur ou la liberté selon l'espérance*, Paris : Seghers. (=2005, 久米博・清水誠・久重忠夫訳『解釈の革新』白水社)
- Risso, M. e Böker, W. (1964) *Verhexungswahn*, Basel: Karger. (= 2000[1992], *Sortilegio e Delirio: Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale, 2nd Edition*, Napoli: Liguori.)
- Rosaldo, R. (1993) *Culture and Truth : The Remaking of Social Analysis*, Boston: Beacon Press (=1998, 椎名美智訳『文化と真実：社会分析の再構築』日本エディタースクール出版)
- Rousseau, C., Mekki-Berrada, A. and Moreau, S. (2001) "Trauma and Extended Separation from Family among Latin American and African Refugees in Montreal", *Psychiatry* 64(1), Spring, pp.40-59.
- Rovatti, G. (1983) "Trasformazioni nel corso dell'esperienza", in Vattimo, G. e Rovatti, P. A. (a cura di) (1983) *Il pensiero debole*, Milano: Feltrinelli, pp. 29-51 (= "経験の過程での様々な変容" in 2012. 上村忠男、山田忠章、金山準、土肥秀行訳『弱い思考』法政大学出版局, pp.37-76).
- Rubalcava, L. A. and Waldman, K. (2004) "Working with Intercultural Couples: An

- Intersubjective Constructivist Perspective", in Coburn, W. J. (ed.) *Transformations in self psychology*, Hillsdale: The Analytic Press, pp.127-149.
- Ryan, L., Leavey, G., Golden, A., Blizard, R. and King, M. (2006) "Depression in Irish migrants living in London: case-control study", *British Journal of Psychiatry*, 188, pp.560-566.

S

- Sanità di Frontiera (2019) "Mamme In-forma. Il nostro laboratorio sulla salute delle donne", Sanità di Frontiera. salute senza confini, Le ultime notizie (<https://www.sanitadifrontiera.org/le-ultime-notizie/mamme-in-forma-il-nostro-laboratorio-sulla-salute-delle-donne/>, accessed on February 12, 2022)
- Saha, S., Beach, M. C. and Cooper, L. A. (2008) "Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality", *J Nat. Med Assoc.*, 100(1), pp.1275-1285.
- Sartre, J.-P. (1943) *L'Être et le Néant*, Paris: Éditions Gallimard (=2018, 『存在と無 II: 現象学的存在論の試み』松浪信三郎訳、筑摩書房).
- Saunders, G. R. (1993) " 'Critical Ethnocentrism' and the Ethnology of Ernesto De Martino", *American Anthropologist*, New Series, 95 (4), pp.857-93.
- Saunders, G. R. (1995) "The Crisis of Presence in Italian Pentecostal Conversion", *American Ethnologist*, Vo. 22, No. 2, pp.324-40.
- Serres, M. (1980) *Hermès V. Le passage du Nord-ouest*, Paris: Éditions de Minuit (= 1991. 青木研二訳 『ヘルメス5 : 北西航路』法政大学出版社) .
- Seshadri, G. and Knudson-Martin, C. (2013) "How Couples Manage Interracial and Intercultural Differences: Implications for Clinical Practice", *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol.39, No.1, pp.43-58.
- Scabini, E. (1995) "Parent-Child relationships in Italian Families: Connectedness and Autonomy in the Transition to Adulthood", *Psicologia: Teoria e Perquisa*, Vol.16 n.1, pp.23-30.
- Schapiro, N. A., Kools, S. M. and Weiss, S. (2013) "Separation and Reunification: The Experiences of Adolescents living in Transnational Families", *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 43(3), pp. 48-68.
- Schiavone (2017) "Le prospettive di evoluzione del sistema unico di asilo nell'Unione Europea e il sistema di accoglienza italiano. Riflessioni sui possibili scenari", in Licata, D. e Molfetta, M. (a cura di) *Il Diritto d'Asilo. report 2017, Minori rifugiati vulnerabili e senza voce*, Todi: Editrice TAU, pp.75-108.
- Schirripa, P. (2003) "La solitudine dei feticci: Alcune considerazioni sulle politiche dell'etnopsichiatria alla luce di una recente polemica francese," *Rivista della*

- società italiana di antropologia medica*, 15-16, pp.369-386.
- Semenzato, M. (2012) *La follia dei dannati. Franz Fanon e la psichiatria. Tra potere e dolore, cura e rivoluzione*, Milano: IPOC.
- Sibony, D. (1997) "Tous malades de l'exil," *Libération*, 30 gennaio, p.5.
- Shapiro, F. (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, 2nd ed. New York: Gilford Press and Paterson Marsh Ltd. (=2004 『EMDR: 外傷記憶を処理する心理療法』市井雅哉監訳、二瓶社)
- Signorelli, A. (2015) *Ernesto de Martino: Teoria antropologica e metodologia della ricerca*, Roma: L'Asino d'oro.
- Sironi, F. (1999) *Bourreaux et Victimes: Psychologie de la torture*, Paris : Odile Jacob.
- Sistema Accoglienza Integrazione (2021) SAI & Servizio Centrale, Sistema Accoglienza Integrazione (<https://www.retesai.it/la-storia/>, accessed on December 5, 2021)
- Si24.it (2014) "Trieste, ruba la pistola a un agente e si spara: Morto in ospedale un giovane afgahano", *Si24.it*, marzo 12, 2014 (<https://www.si24.it/2014/03/12/trieste-ruba-la-pistola-a-un-agente-e-si-spara-morto-in-ospedale-un-giovane-afghano/>, accessed on November 25, 2021)
- Slew-Younan, S., Uribe Guajardo, M.G., Heriseanu, A., and Hasan, T. (2015) " A Systematic Review of Post-traumatic Stress Disorder and Depression Amongst Iraqi Refugees Located in Western Countries", *J Immigr Minor Health*, Aug;14(4), pp.1231-1239.
- Smith, A., Lalonde, R. N., & Johnson, S. (2004) "Serial migration and its implications for the parent-child relationship: a retrospective analysis of the experiences of the children of Caribbean immigrants", *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 10 (2), pp.107-122.
- Spooner, B. (2004) "The Evil eye in the Middle East", in Douglas, M. (ed.) *Witchcraft Confessions and Accusations*, New York: Routledge, pp. 311-320.
- Stanghelli, G. & Ciglia, R. (2013) "De Martino's concept of critical ethnocentrism and its relevance to transcultural psychiatry", *Transcultural Psychiatry* 50 (1), pp. 6-12.
- Stendhal (1822) *De l'amour*, Paris: Pierre Mongie.
- Stillman, S., McKenzie, D., and Gibson, J. (2007) "Migration and mental health: Evidence from a natural experiment", *J Health Econ.* 2009 May 28(3), pp.677-87.
- Stillo, L. (2020) *Per un'idea di intercultura: Il modello asistemico della scuola italiana*, Roma: Roma Tre-Press.
- Streit, U. (1997) "Nathan/s Ethnopschoanalytic Therapy: Characteristics, Discoveries

- and Challenges to Western Psychotherapy”, *Transcultural Psychiatry*, 34 (3), pp.321-343
- Suárez-Orozco, C., Kim, H. Y. and Bang, H. J. (2011) "Getting Used to Each Other': Immigrant Youth's Family Reunification Experiences", *Child Studies in Diverse Contexts*, Vol.1, No.1, pp.1-23.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. and Berger, L. (2009) "The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions", *Annu Rev Psychol.* 60, pp.525-548.
- Susi, F. e Fiorucci, M. (2004) *Mediazione e Mediatori in Italia: Mediazione linguistico-culturale per l'inserimento socio-lavorativo dei migranti*, Roma: Anicia.

T

- Tambiah, S.J. (1990) *Magic, Science, Religion, and The Scope of Rationality*, Cambridge: Cambridge University Press (=1996, 多和田裕司訳『呪術・科学・宗教：人類学における〈普遍〉と〈相対〉』思文閣出版社) .
- Taussig, M. (1993) *Mimesis and Alterity*, Routledge (=2018, 井村俊義訳『模倣と他者性：感覚における特有の歴史』水声社)
- Tennant, V. and Janz, J. (2009) *Refugee protection and international migration a review of UNHCR's operational role in southern Italy*, UNHCR PDES (<https://www.unhcr.org/4ac35c600.pdf>, accessed on December 5, 2021)
- Terlizzi, A. (2020)"Reception Policies, Practices and Responses: Italy Country Report", *Working Papers: Global Migration: Consequences and Responses Paper 2020-41, February 2020*, Firenze: Università degli Studi di Firenze.
- Terricone, I., Mencacci, E., Braca, M., Salvatori, F., Di Marco, S., Nolet, M., Storbini, V., and Berardi, D. (2013) "Il lavoro del Centro di Studio e Ricerche G. Devereux-Bologna Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) con i rifugiati e richiedenti asilo: per una memoria utile", *Journal of Psychopathology*, 2013, 19, pp.234-41.
- Testa, A. (2012) "Il magismo di Ernesto de Martino: un confronto e un dibattito francese", Ciccodicola, F., eds., *Ernesto de Martino: Storicismo critico e ricerca sul campo*, Roma: Domograf, pp.205-30.
- Tilbert, J. C. and Miller, F. G. (2007) "Responding to Medical Pluralism in Practice: A Principled Ethical Approach", *Ethics and Alternative Medicine*, Vol.20 No.5, pp.489-494.
- Tizard (1991) "Intercountry adoption: a review of the evidence", *J Child Psychol Psychiatry* 32, pp.743-756.

- Tizzi, G. (2017) La lotteria italia dell'accoglienza: Il sistema dell'emergenza permanente, Oxfam Briefing Paper (https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2017/11/La-Lotteria-Italia-dellaccoglienza_Report-Oxfam_8_11_2017_Final.pdf, accessed on February 2, 2022)
- Tobino, M. (1958) "Progetto per la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico", *Rivista di patologia nervosa e mentale*, LXVI, vol. LXXX, pp. 228-35.
- Tobino, M. (1978a) "Lasciateli in pace, è casa loro", *La Nazione*, 18 aprile, 1978.
- Tobino, M. (1978b) "Anche loro sono creature umane, si lascino tranquilli, questa è la loro casa", *La Nazione*, 7 maggio 1978.
- Tobino, M. (1982) *Gli ultimi giorni di Magliano*, Milano: Mondadori.
- Tobino, M. (1985) "Il matto e la morte", *La Nazione*, 7 novembre, 1985.
- Tobino, M. (2014 [1972]) *Per le antiche scale*, Milano: Mondadori.
- Tobino, M. (2016[1963]) *Le libere donne di Magliano*, Milano: Mondadori.
- Towns A. M., Mengue Eyi, S. and van Andel, T. (2014) "Traditional Medicine and Childcare in Western Africa: Mothers' Knowledge, Folk Illnesses, and Patterns of Healthcare-Seeking Behavior", *PLoS ONE* 9(8): e105972.
- Troy, A. B. and Lewis-Smith, J., Laurenceau, J-P. (2006) "Interracial and intraracial romantic relationships: The search for differences in satisfaction, conflict, and attachment style", *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol.23(1), pp.65-80.
- Tseng (2001) *Handbook of Cultural Psychiatry*, Honolulu: University of Honolulu (<https://dictionary.apa.org/culture-bound-syndrome>)
- Tummala-Narra, P. (2015) "Cultural competence as a core emphasis of psychoanalytic psychotherapy", *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 32, No. 2, pp.275-292.
- Tummala-Narra, P. (2016) *Psychoanalytic Theory and Cultural Competence in Psychotherapy* (Electronic edition), Washington DC: American Psychological Association.
- Turner, S. & Bhugra, D. (2011) "Psychological therapies for immigrant communities" in Bhugra, D. and Gupta, S. (eds.) *Migration and Mental Health*, Cambridge University Press (= "移住者コミュニティに対する精神療法" in 2017, 野田文隆監訳、李創鎬・大塚公一郎・鶴川晃訳『移住者と難民のメンタルヘルス：移動する人の文化精神医学』明石書店)
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nose, M., Ostuzzi, G. & Barbui, C. (2017) "Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies", *International Journal of Mental Health Systems*, 11, p.51.

TuttaItalia.it (2020) Censimenti popolazioni Italia 1861-2011, (available at: <https://www.tuttitalia.it/statistiche/censimenti-popolazione/>, accessed on March 6, 2020)

U

Ugolini, O. (2005) "Per la salute mentale in una società multiculturale," in Attenasio, L., Casadei, F., Inglese, S., e Ugolini, O. eds., *La cura degli altri : Seminari di etnopsichiatria*, Roma : Armando Editore, pp.245-54.

Umanità Nova (2017) Lo stato e la salute dei rifugiati in Italia, Umanità Nova, articoli, Marzo 11, 2017. (<https://umanitanova.org/?p=4586>, accessed on November 25, 2021)

United Kingdom (1995) Disability Discrimination Act, (<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/50/contents>, accessed on November 20, 2021)

United Kingdom (2010) Equality Act 2010, (<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents>, accessed on October 5, 2021)

UNHCR (2016) "Connecting Refugees: How Internet and Mobile Connectivity can Improve Refugee Well-Being and Transform Humanitarian Action", Geneva: UNHCR. (<https://www.unhcr.org/5770d43c4>, accessed on December 5, 2021)

UNICEF (2020) *Rafforzamento dello stato di salute dei minori rifugiati e migranti: Nell'Europa Meridionale e Sudorientale*, UNICEF (<https://www.datocms-assets.com/30196/1603790518-rafforzamentosaluteminorimigranti.pdf>, accessed on July 28, 2021)

United Nations (2007) "Line between migrants and refugee is blurring, UN official says", UN News: Global perspective Human stories, October 8, 2007, (<https://news.un.org/en/story/2007/10/235192-line-between-migrants-and-refugees-blurring-un-official-says>, accessed on November 20, 2021)

V

Vahabi, M. and Wong, J. P. (2017) "Caught between a rock and a hard place: mental health of migrant live-in caregivers in Canada", *BMC Public Health*, May 23, 17(1), 498.

Valtolina, G. G. and Colombo, C. (2012) "Psychological Well-Being, Family Relations, and Developmental Issues of Children Left Behind", *Psychological Reports*, 111(3), pp. 905–928.

Vattimo, G. e Rovatti, P. A. (1983) *Il pensiero debole*, Milano: Feltrinelli (=2012 『弱い思考』、上村忠男、山田忠彰、金山準、土肥秀行訳、法政大学出版社)

- Vegliante, J=C. (1986) *Gli italiani all'estero: 1961-1981, dati introduttivi*, Paris: Presses de la Sorbonne Nouvelle.
- Veling, W., Susser, E., van Os, J., Mackenbach, J. P., Selten, J. P., & Hoek, H. W. (2008) "Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants", *The American journal of psychiatry*, 165 (1), pp. 66–73.
- Vesely, C. K., Bravo, D. Y. and Guzzardo, M. T. (2019) "Immigrant Families Across the Life Course: Policy Impacts on Physical and Mental Health", National Council on Family Relations Policy Brief, pp. 1-8.
- Voeks, R. (1990) "Sacred Leaves of Brazilian Candomble", *Geographical Review*, 80(2), pp. 118-131.

W

- Waldman, K. and Rubalcava, L. A. (2005) "Psychotherapy with Intercultural Couples: A Contemporary Psychodynamic Approach", *American Journal of Psychotherapy*, Vol.59, No.3, pp.227-245.
- Watkinson, Jr. C. E. (2012) "Race/ethnicity in short-term and long-term psychodynamic psychotherapy treatment research. How "White" are the data?", *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 29, No.3, pp.292-307.
- Weber, S. R. and Pargament, K. I. (2014) "The role of religion and spirituality in mental health", *Current Opinion Psychiatry*, 27(5), pp.358-363.
- Whilkinson, H. S. P. (1995) "Psycholegal Process and Issues in International Adoption", *American Journal of Family Therapy*, 23(2), pp.173-183.
- WHO (2013) *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*, Geneva: WHO.
- Winnicott, D. W. (1971) *Playing and Reality*, New York: Routledge (=2015, 『改訳遊ぶことと現実』岩崎学術出版社)
- Whitaker, E. (2003) "The idea of health: History, medical pluralism, and the management of the body in Emilia-Romagna, Italy", *Medical Anthropology Quarterly*, 17-3, pp.348-375.

Y

- Yang, F. and Ebaugh, H. R. (2001) "Transformation of New Immigrant Religions and Their Global Implications", *American Sociological Review*, 66(2), pp.269-288.
- Yap, P.M. (1974) *Comparative Psychiatry: A Theoretical Framework*, Lau, M. P. and Stokes, A. B. (eds.) Tronto: University of Tronto Press
- 彌吉恵子 (2017) "イタリアにおける文化間メディエーターの役割：医療機関の職員として

- の活動を事例として", 移民政策研究, 9, pp.124-139.
- 彌吉恵子 (2020) 「デ・マルティーンノを読む治療者たち—移民のための精神保健におけるイタリアの思想」『保健医療社会学論集』30 (2)、pp.44-54.
- Yohani, S., Salami, B., Okeke-Ihejirika, P., Vallianatos, H., Alaazi, D., and Nsaliwa, C. (2020) "If You Say You Have Mental Health Issues, Then You Are Mad': Perceptions of Mental Health in the Parenting Practices of African Immigrants in Canada", *Canadian Ethnic Studies*, Vol.52, No.3, pp.47-66.
- Yorke, C. B., Voisin, D. R., Berringer, K. R. & Alexander, L. S. (2016) "Cultural factors influencing mental health help-seeking attitudes among Black English-Speaking Caribbean immigrants in the United States and Britain", *Social Work in Mental Health*, 14:2, 174-194,
- Young, A. (1981) When Rational Men Fall Sick: An Inquiry Into Some Assumptions Mad by Medical Anthropologists, *Culture, Medicine and Psychiatry* 5, pp.317-335.
- Young, A. (1982) The Anthropologies of Illness and Sickness, *Annual Review of Anthropology* 11, pp.257-285.

Z

- Zappella, M. (2009) "Introduzione", in Tobino, M. (2009[1982]) *Gli ultimi giorni di Magliano*, Milano: Mondadori, pp. V-XXII.
- 在イタリア日本国大使館(2021) 国民健康保険サービス (SSN) 加入方法のお知らせ (https://www.it.emb-japan.go.jp/itpr_ja/11_000001_00593.html, accessed on December 5, 2021)
- Zhao, C., Egger, H. L., Stein C. R. and McGregor, K. A. (2018) "Separation and Reunification: Mental Health of Chinese Children Affected by Parental Migration", *Pediatrics* Volume 142, number 3, September, e20180313.

謝辞

本研究を博士論文としてまとめるにあたり、ご指導いただきました指導教官の島藺洋介先生と副指導教官の宮原暁先生に感謝の意を表します。島藺先生は、博士前期課程では国際協力学分野で研究をしていた私を医療人類学の分野へと迎え入れて下さり、大変丁寧にご指導いただきました。長期にわたり暖かく粘り強くご支援下さった宮原先生がいらっしゃらなければ、この論文を完成させることはできませんでした。この場を借りて、先生がたには、深く御礼申し上げます。また、特別な経緯からそれぞれ主査と副査を引き受けて頂きました藤目ゆき先生と千葉泉先生には、そのご厚意に、心より感謝申し上げます。さらに、2019年から研究発表の機会を与えて下さり、貴重なコメントやアドバイスをくださいました OUFAS の先生がたにも厚く御礼申し上げます。とりわけ、いつも建設的な助言をくださる池田一人先生、一度ひどく落ち込んでいた私を激励して下さった宮脇聡先生、常に院生にたいして親身になって下さる菅原由美先生には大変御世話になりました。

さらに、2020年度から2021年度まで招へい研究員として迎え入れて頂きました、大阪大学グローバルイニシアティブ機構の皆様にも感謝いたします。とくに、浮田真季様と森野慎也様、秋山留美様には大変御世話になりました。ご支援頂きましたこと厚く御礼申し上げます。

イタリアの調査では、本当に数多くの方々にご協力頂きました。調査に参加された先生がたの身元を明かすわけにはいかないため、固有名をだしても差し支えない機関以外は、各人のお名前や機関名は伏せたかたちで以下、感謝の念を記しておきます。博士前期課程での研究でも協力いただきました総合診療所 Inmp、看護学の学生たちと話す機会も与えて下さったX財団、数多くの心理士の先生方をご紹介くださったY協会、家族療法の面接の様子も見学させて下さったQ財団、難民に関する貴重なお話をうかがう機会を与えて下さったVセンターには大変御世話になりました。さらに、移民の他者性の取り扱いという観点から先駆的な活動を展開されているZ団体、先生がたをご紹介いただいただけでなく、アポイントメントまでとりつけて下さったS財団と所属のJ先生にも御礼申し

上げます。

さらに、いつも暖かく応援して下さった Inmp のクリスティーナ・トゥミアーティ先生、多くの先生がたをご紹介いただきました Roma-ASL2 のニコレッタ・サルヴィ先生、研究に関連する書籍やセミナーについていつも連絡を下さるアルフレード・アンコラ先生には特に御世話になりました。改めて、みなさまのご協力に感謝いたします。

研究室の院生のみなさまにもお礼の言葉を述べなければなりません。先輩となる岡野翔太さんとフリーダ・ルイズさん、そして後輩にあたる富安皓行さんと孫亦凡さんには、公私にわたり大変御世話になりました。また、所属する研究室は異なりますが、博士前期課程から親しくして頂き、互いの研究について意見交換などをした下朋世さんと仲田幸司さんにも御礼申し上げます。みなさまには、年齢が離れた社会人の私を受け容れてくださり、快くお付き合いいただきましたこと感謝いたします。

また、私は、イタリアと日本の友人たちにも支えられてきました。いつもローマから応援してくれた長年の友人であるパオラとセルジュ夫妻、調査中の滞在先で大変御世話になったクリスティーナさんとその家族のみなさま、長年の友人で研究者の夫をもつ真下恵さん、姉のように接して下さる森小百合さん、修士課程で研究室を同じくした英語の通訳の北川千里さんは、研究をあきらめそうになるたびに励ましてくれました。皆さんにここまで支えていただき、感謝いたします。

さいごに、研究をしたいという我が儘を受け容れてくれました両親と姉に感謝します。長期間日本を留守にすることがあり、心配をかけるだけでなく、色々と迷惑をかけ大変申し訳なかったのですが、許してもらえました。本当に有難うございました。

なお、本研究は、2016年10月から2019年3月までは大阪市立大学都市研究プラザ（特別研究員（若手））、2019年8月から2022年3月までは、日本学術振興会（研究活動スタート支援 19K23133）の助成を受けました。両機関には、研究を資金面で支えていただきましたこと、心より感謝申し上げます。