

民族精神医学とは何か

ー トビ・ナタンの理論と実践

松葉祥一

神戸市看護大学

要 旨

フランスの心理学者トビ・ナタンが提唱する民族精神医学 (ethnopsychiatrie) とは何かを明らかにし、日本への適用の可能性を考察する。移住者は言語や生活習慣の違いなどからストレス状況におかれることが多く、心の病いを訴えることが多い。しかし、言語、および精神疾患の原因とその治療に対する考え方の違いのせいで、治療は困難なものになりがちである。そこで、トビ・ナタンは、移民の精神疾患を、患者の出身文化の枠組みの中でとらえること、西欧医学とは異なる治療法も導入することが必要だと主張し、30年以上にわたって実践している。本稿では、まず第1にこのトビ・ナタンの民族精神医学が生まれた社会的状況を明らかにし、第2にその理論的背景を分析する。第3にナタンの実践を概観し、第4に主著の一つである『他者の狂気』に従ってその理論的枠組みを検討する。その上で、この民族精神医学に対する批判を考察し、その問題点を指摘する。日本では、今後移民が増加することが予想されている以上、民族精神医学を批判的に導入する必要があると結論する。

キーワード：民族精神医学、トビ・ナタン、移民、精神医学

「移民問題は、数多くの政治問題の一つではない。現代の社会と国家の危機を示す最も明確な指標である」(E.Balibar, 1998)。E・バリバルがこのように述べるのは、グローバリゼーションの進展とともに人々の移住が進み、国民-民族国家という近代国家の枠組みが崩れつつあるからである。それとともに、社会の意識のレベルでも、国家の政策のレベルでも移民との共存が必要になっている。しかし日本の場合、社会のレベルでも政策のレベルでも十分な対応策が立てられないまま、移民受け入れが始まりつつある(松葉, 2004)。

そうした必要な対策の一つが、移民の精神疾患への対応である。移住者は言語や生活習慣の違いなどからストレス状況におかれることが多く、精神の不調を訴えることが少なくない¹⁾。しかし、言語やとくに精神疾患に対する考え方の違いのせいで、治療は困難なものになりがちである。

フランスは、すでに多くの移民を受け入れ、移民の精神医療に関しても様々な取り組みを行ってきている。その一つに、トビ・ナタンの民族精神医学 (ethnopsychiatrie) がある。ナタンは、移民の精神疾患を、患者の出身文化の枠組みの中でとらえること、西欧医学とは異なる治療法も導入することが必要だと主張する。そして、1993年にパリ第8大学内にジョルジュ・ドゥヴルー・センターを設立するなど、移民のための精神疾患の治療と研究、教育を30年以上にわたっ

て実践してきた。

本稿では、まず第1にこのトビ・ナタンの民族精神医学が生まれた社会的状況を、第2にその理論的背景を分析し、第3にナタンの実践を概観した後、第4に主著の一つである『他者の狂気』(Nathan T., 2001)²⁾に従ってその理論的枠組みを検討したい。そして最後に、こうしたナタンの理論に対する批判を考察したい。われわれの目的は、彼の民族精神医学を日本に導入する可能性を問うことである。

1. 社会的状況

フランスは、第2次世界大戦以前から移民を受け入れてきたが、とくに戦後は労働力不足を補うために、モロッコやアルジェリアなど北アフリカの旧植民地からの移民が急増した。その結果、現在では全人口の約7.4%が移民である。

現在では、EUの諸条約に基づいて、EU域外の国籍をもつ人間の移住を制限している。しかし、すでに定住している移民に対しては、権利を段階的に拡大し、90年代には次々と正規化を実施した。とくに子どもの権利は、いかなる場合でも優先される。例えば、親が非正規滞在者であっても、子どもがいる場合は、強制退去は行われない³⁾。

そうしたなかで、移民の精神医療についても様々な

取り組みが行われている。ここでは、筆者自身が調査した、三つの移民のための精神医療センターを紹介しておきたい (Cf.三脇, 2000)。

モロー精神療法センター。1989年、精神科医のモロー (Marie-Rose Moro) が、パリの北隣ボヴィニー市のアヴィセンヌ病院内に設立。現在、スタッフは14人、子どもと青年が主な対象であり、それがこのセンターの特徴になっている。地域の特性から、マリ、セネガル、コンゴ、マグレブ、旧東欧の患者が多い。治療法は、ドゥヴルー・センターの方法を踏襲している。すなわち、後述するように、通訳者やソーシャル・ワーカー、心理学者など多数がセッションに参加する方法である。

ミンコフスカ・センター。1962年に精神科医の夫妻、ユージェヌ・ミンコフスキーとフランソワーズ・ミンコフスカが、パリ市内に設立した。この特徴は、公共機関だということである。そのため公的保険制度を利用でき、地域の公的社会サービスとも連携が取りやすい。治療法は、精神科医との対面治療であるが、各スタッフが複数言語を担当し、約90の言語に対応できるのが特徴である。32人の専任スタッフが8チームで治療、研究、教育にあっている。受け入れ患者数は年間約2000人と多い。

ドゥヴルー・センター。1993年に心理学者・精神分析家であるトビ・ナタンが創設。目的は、移民の精神疾患の治療・研究・教育である。専従数名の他は大学等に所属し、30名の研究員が10チームに分かれて活動している。1チームが日に2～3組のセッションを行う。主な対象は、移民労働者とその家族であるが、他に宗教セクト脱退者や拒食症患者、DV被害者等も受け入れている。また、書籍や雑誌の発行、学会の開催など、民族精神医学の情報センターとしての役割も大きい。

このようにフランスでは、様々な形式で、移民のために、出身文化や言語を重視した心のケアが行われている。ナタンらの民族精神医学も、このような社会的、政策的状況を背景にはじめて可能だったと言える。

2. 理論的背景

では、民族精神医学の理論的背景はどのようなものか。民族精神医学が生まれる理論的土壌として、次の三つの要素をあげることができる。すなわち、ジョル

ジュ・ドゥヴルーの理論と教育、北米の多文化間精神医学の誕生、そしてフランスの医療人類学的視点に立った精神医学の理論と実践である。

第一の要素はジョルジュ・ドゥヴルー (1908-1985) の理論と教育である。彼は、現ルーマニアのルゴスに生まれ、1926年の渡仏後、人類学や物理学を学び、1932年には渡米して精神分析を修めた。合州国では、とくにフロイトとG・ローハイムの影響下で民族精神医学を創始することになった。その後、アメリカに帰化した。レヴィ=ストロースの招聘でフランスに戻り(1963)、高等研究院で民族精神医学を教えることになる。ナタンもここでドゥヴルーから学んだ。主著『一般民族精神医学試論』(1970)などでドゥヴルーが定義する民族精神医学は、精神分析と人類学が補完しあう研究方法、つまり補完主義 (complémentarisme) であった。

しかし、ナタンは、ドゥヴルーの理論に対して留保をつけている (Nathan T., 2001, XI-XIII)。それは、第1に、ドゥヴルーの理論がアメリカの精神分析を前提にしており、フランスの精神分析の独自性を考慮に入れていないからである。第2に、ドゥヴルーの場合、非西欧ということでイメージされるのが、「アメリカ・インディアン」やヴェトナムであるのに対して、ナタンの場合、北アフリカ諸国だからである。第3に、ドゥヴルーは多くの東欧出身者と同様、マルクス主義に対して批判的であったのに対して、1968年の学生運動の中にいたナタンは親近感をもっていたからである。そして最後に、これが最も重要な点であるが、ドゥヴルーの場合、研究の最終的な目的が「人間存在の一般論の確立」であったのに対して、ナタンの場合、あくまでも臨床だったことである。

第二の要素は、アメリカ合州国やカナダで1970年代初めに発展した多文化間精神医学 (Transcultural Psychiatry) である。多文化間精神医学が誕生した要因として、次の三点をあげることができる。すなわち、第1に北米では、第二次世界大戦後数年間のあいだに大量の移民受け入れがあり、その移住者たちがおよそ20年後に心の病いを訴えるようになったことである。第2に、リントン、ベネディクト、ミードらによる「文化と人格」派が先行しており、一定の成果を収めていたことである。第3に、ヨーロッパ知識人たちが、戦時中に亡命してきたことによって、北米の精神分析が活性化されたことである。

こうして多文化間精神医学は、移民の援助、普遍的心理学の構築、消費者・兵士としての移民の理解のために発展していった。そのために、次の三つの領域が形成されていった。すなわち、ある地域の住民の心の障害と治療に関する人類学的研究。移民とその心の障害を理解し、彼らに関わるための技術上の提案、つまり移民のための精神医学。文化と精神医学的症候群の発生頻度の相関関係の疫学的研究である。この三つの領域は、民族精神医学に引き継がれることになるが、ナタンにとって重要なのは、あくまでも第2の臨床床である。

ナタンは、ドゥヴルーを介して、この多文化間精神医学から影響を受けている。しかし、ナタンはやはり多文化間精神医学からも距離をとる。それは、第1に、フランスではラカン派に代表される精神分析の独自の発展があったからである。第2に、レヴィ=ストロースに代表される構造主義人類学の発展があり、そのせいでエディプス・コンプレックスや近親相姦の禁止等を重視する傾向が生まれたからである。第3に、多文化間精神医学が実用志向であるのに対して、民族精神医学は理論志向だったからである。ただ、繰り返しておけば、ナタンの場合はあくまで臨床から出発した理論であるが。

民族精神医学の第三の要素は、医療人類学に基づく精神医学のフランス独自の発展である。1960年にはH. コロムらがダカール派を創始した。これは精神科医と人類学者がチームを組み、地域に即した治療を行おうという提案だった。1968年にはこのダカール派の1人であるA. ザンプレニによって、セネガルのヴォロフ族とルブー族の精神病理に関する学位論文が出版された。そこでは、この二つの部族の精神疾患と治療が「固有のシニフィアン」をもっていること、またしたがってそれを理解するためには西洋精神医学を部分的に拒否しなければならないと宣言されている。要するに、それは「病気とその治療に文化が関わっている」ことの発見だった。その結果ザンプレニは、「治療村」や「話し合いグループ」による特異な治療実践に向かうことになった。

このように、ナタンの民族精神医学の理論的背景として、ドゥヴルーの理論、北米の多文化間精神医学、フランス独自の人類学と精神医療の結びつきをあげることができる。

3. ナタンの実践

では、このような社会的・理論的背景をもったトビ・ナタンの理論と実践は、どのようなものか。ここではまずナタンの治療セッションがどのように行われているのか、時系列にそって示しておきたい。これは、ナタン自身の説明に、筆者が半年間ジョルジュ・ドゥヴルー・センターのセッションに参加した経験を加えたものである。

1. 治療はすべて無料である（この点でも通常の精神分析と異なる）。患者は、精神科医から紹介されてくる場合や、本人が調べてくる場合もあるが、裁判所から送られてくることも多い。その場合、セッションに出席することは、多かれ少なかれ義務づけられる。セッションに出席したことを証明するセンターからの報告書がなければ、収監される場合もある。
2. センター側出席者は、最低でも5人。多い場合には20人を越えることがある。専門家（臨床心理士、一般医、精神科医、人類学者、言語学者、弁護士等）の他、実習生が同席する場合が多い。
3. そのうち1人が責任者、他の1人がコーディネーターとしてチームを組む。責任者は、セッションの進行全体に責任をもつ。コーディネーターは、セッション外でも家族と接触し、情報を得る。
4. 専門家のうちの少なくとも1人は、患者とその家族の母語、および出身文化における精神疾患の治療習慣に通暁している。他の出席者も、他地域の専門家で、治療の伝統の重要性について敏感である。
5. セッション前に、センター側出席者全員でディスカッションを行う。責任者もしくはコーディネーターから前回までのセッションの内容について、またコーディネーターから前回のセッション以後の患者とその家族について報告がある。
6. 患者とその家族が、患者の関係者（ソーシャルワーカー、教員、心理士、医師ら）に案内されて部屋に入ってくる。家族とその関係者を囲むように、残り全員が着席する。
7. 参加者全員の自己紹介の後、まず家族を案内してきた関係者が、この面接に何を期待しているかを述べる。
8. その後、責任者を中心にディスカッションが進む。責任者やコーディネーター以外の出席者にも活発な発言が求められる。

9. 母語が優先される。その意味で、通訳の役割は大きい。
10. 2時間以下はまれで、3時間以上続くこともある。
11. 最後に、責任者が何らかの提案を行う場合がある。「身体」や「物」にかかわる提案であることが多い。例えば、両親の香水を混ぜて就寝前の子どもの身体に塗ることや、イーストなしのパンを焼くことなど、患者の文化的背景に添った提案が行われる。
12. セッション後に、センター側出席者全員でディスカッションを行い、セッションの妥当性を検討すると同時に、今後の方針を決定する。

次に、こうした集団的な方法が定着する以前の事例ではあるが、典型的な事例をあげ、そこからナタン自身が導き出した理論を見ていきたい (Nathan T., 2001, 36-45)。

事例, ジャン＝マリ 33歳のインド人男性。非常にやせており、フランス語に困難がある。下痢を訴えて、様々な病院を回った後、神経症と診断される。精神科では効果がなかった。カトリック家庭に生まれ、母親に甘やかされて育つ。神学校に入学するが、告解の前に震えや下痢に襲われることが多く、退学を余儀なくされる。自慰に強い罪悪感を覚える。技術系の学校を卒業するが、腸の障害のせいで仕事を転々とする。腸の治療を受けるために、フランスに移住する。

その後、ナタンは、インドでは排泄物の清掃が下層カーストの役割であることを知る。そして、ジャン＝マリは上級カースト出身であるから、下痢という身体症状は権力の要求に結びついているのではないかという仮説をナタンは立てる。すなわち、ジャン＝マリの下痢は、「排泄物を掃除してもらうために、私は周囲に下層カースト出身者が必要である」という権力要求、逆に言えばナルシズムに結びついているという仮説である。他方で例えば次の発言に見られるように、ジャン＝マリは排便によってインドに結びつこうとしているのだという仮説も可能である。「インド人は、どこでも排便します。それに彼らは隠そうとしません。しゃがんでいる姿について、誰も何も言わないのです。」(ジャン＝マリの発言)

その後、下痢は自慰に続いて起こるという解釈が

ジャン＝マリの口から出るようになる。そこでナタンは、最初の解釈を伝える。「あなたは、肛門と口からすべてを失い、性器からは何も失わないでおこうとしていますね」。その後、彼は口ひげをたくわえ、サスペンダーをしてくるようになる。そこでナタンの二度目の解釈を伝える。「あなたは流れ出る、何の値打ちもないものはすべて失うが、何か硬い値打ちのあるものを底の方に持ち続けていますね」。その後、初めて彼は、自尊心と、密かに持っていた高い自己評価について話した。そして彼は、11歳のときに姉と性的関係をもったことを告白するに至り、ナルシズムの段階的な放棄へと向かう。

最後に、腸の障害を、幼児期の二つの出来事に結びつけることができた。第1の記憶は、最初の下痢の記憶である。4歳の時、散歩に行き下痢になったとき、母親は「原因はわかっている。自殺した人が近くに埋められたばかりで、彼の魂が子どもの身体に宿ろうとして探しているのだ」と言ったことである。実は、同時期に、父親が借金でつねに自殺を口にしていたという。したがって下痢は、父親に対するエディプスの攻撃願望に結びついたのである。第2の記憶は、姉との性的経験の後、強い罪悪感を感じていたときに、回虫が見つかり、下剤が投与されたという記憶である。下剤は痛みを引き起こしたが、その味と、奇妙な身体感覚が好きで、続けて飲んだという。

その後、4年間続いた治療は完全に成功した。消化器障害は徐々に消失、彼は結婚し、子どもを1人もうけ、継続して働くことができるようになったのである。

この事例からナタンが導き出した臨床技法上の理論は、次の三点である。

第1に、文化的素材を特権化すべきではないことである。例えばここで明らかになったインドの文化的背景は、治療者と患者のあいだに共通理解を生み出す役割を果たしているが、それを絶対視すれば、文化主義に陥ることになったであろう。

第2に、ナルシズムの放棄は、〈内〉が画定されることによってはじめて可能になるということである。そしてこの〈内〉は、多くの場合、患者と治療者の共通理解——共通文化——が生まれ、その結果両者の身体の差異つまり〈外〉が意識されることによって生じ

る。

第3に、精神内世界と文化内世界の二重性をもつ重要性である。文化は、主体のなかに精神現象の分身を形作る。治療者と患者が共通文化に属しているときは、暗黙裡にこの分身が共通のものだと認識されているが、異なる場合には共通文化を作り出す必要がある。次章で見るように、この二重性の議論がナタンの理論の核心となる。

このように、ナタンの治療実践は、これまでの西欧精神医学とは大きく異なっている。では、それはどのような根拠に基づいているのか。最後にこの点を見ておきたい。

4. ナタンの理論

まず、先に見たような、多人数が同時に参加するセッションの意味を、ナタンは次のように述べている。第1に、参加者の多様性は、障害の多様な解釈を可能にする。第2にそれは、医師-患者という固定された関係を打破することができる。患者は、治療の対象という立場を失い、苦痛について様々な解釈が示されることによって、自分自身の解釈を発見することができる。第3に、多様な方法論でかかわることによって、治療の前提となる理論体系（西洋精神医学、精神分析、伝統療法）について、相対的に見直すことができる。第4に、多数の文化的背景を持った人々の解釈に接することによって、受入国（フランス）の文化か、自分自身の出身文化かという二者択一から抜け出し、対立関係を相対化することができる。

このうち、精神分析と文化人類学を中心に、多様な解釈を使うことについては、ドゥヴルーの補完主義を援用している。すなわち、物理学を学んだドゥヴルーは、電子の位置と速度を同時に測定することはできないという事実に注目する。そこから類比的に、精神分析と人類学の両方の知見を補完的に使う必要を主張した。実際、人類学的な説明と、精神分析的な解釈という二つの言説は、対象となる事実の性質からではなく、それを説明しようとする科学的手続きに由来するにすぎない。そして一方の言説つまり説明システムでは、事実の一面しか明らかにすることができない。それゆえ、この二つの言説を補完的に使用していくしか方法はないのである。

それゆえ、ナタンにとって民族精神医学とは、応用

精神分析でもなければ（したがってナタンは民族精神分析という呼称を避ける）、折衷主義でもない。それは、「ある純粋科学の厳密な言説を、その有効性が明らかな限りは使い、その有効性の限界に至ると別の純粋科学の言説を用いる」（Nathan T., 2001, 25）補完主義にはかならない。

したがって、この時期のナタンは、「二重性」こそ民族精神医学の理論と臨床の基盤だと主張する。それは一方で、上述の方法論の二重性である。すなわち、治療者が、精神分析と人類学という二つの言説を用いるという意味での二重性である。

しかし他方で、「二重性」は、患者の精神世界の問題でもある。ナタンによれば、患者の精神は、境界を確立することによって機能している。例えば、意識と無意識、想像的なものと現実、自己と他者、過去と現在、内と外といった境界である。これらの境界が揺らぎ、境界が失われるときに心の障害が生じる。それは例えば、フロイトがとりあげた「不気味な異様さ」という感情に見られる。さらに移民の場合は、そもそも出身文化と移住先の文化という文化的二重性を生きており、この二重性が失われた時に、障害が生まれるのである。民族精神医学の特徴は、この境界に注目する点にある。ナタンは「境界に研究対象の地位を与えたことが、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 T., 2001, 25）と述べている。

最後に、このような視点は、西欧精神医学や精神分析を特権視する視点を相対化することになる。すなわち、ナタンはこうした二重性の回復のための技術は、西洋精神医学だけではないとして、例えば表1のように、それぞれの文化がもつ精神疾患への対応の仕方を分類している（Nathan T., 2001, 167）。

5. ナタン理論に対する批判

しかし、ナタンの民族精神医学に対しては、いくつかの批判がある。表層的な批判を除けば、その批判は次の4点に絞ることができる。

第1に、西欧精神医学からの批判であり、ナタンの方法が科学的でないという批判である。これに対してナタンは、科学そのものが西欧文化を前提にしており、西欧文化への適応が病因になっている場合は、科学的な方法を使うことはできないと反論するであろう。

第2に、精神分析からの批判であり、言語以外の方

	シャーマニズム	憑依	夢	幻覚物質	精神分析	精神病患者の精神分析
儀式によって示される対立のカテゴリー	空間的一精霊の世界/人間界、上/下	存在論—自分/他人 (アイデンティティの原理)	現実/想像界 (夢の出現、時の制御、自己愛の対象ではなく関係の対象)	永続/断絶 (気分、世界への関心、運動と知覚の制御)	現実/想像界 (二次過程を用いて一次過程を理解)	存在論—自分/他人 (アイデンティティの原理)
対極間の関係のタイプ	仲介の化身—シャーマンの役柄の中 (トリックスター)	対立二項を制御する第三項の、療法士における具現	対立二項の調停による二分割	想起による二分割	解釈による仲介	解釈による仲介
治療によって境界の揺らぎを受けの主体	治療者	病者	治療者	治療者 (時には病者とグループ)	病者	病者 (と、おそらく療法士)

表1 治療技術のメタ文化的分類

法を用いるのは誤りだという批判である。これに対して、ナタンであれば、目的はあくまでも治療にあるのだから、あらゆる手段を用いるべきだと反論するだろう。

第3に、広い領域からの批判であり、患者を文化の枠でのみ理解しているという批判である。これに対してナタンは、文化だけで理解しているわけではないとして、補完主義の立場を主張することになるだろう。

第4に、患者の出身文化を重要視しすぎることによって、患者を出身文化に押し戻すことになるという批判である。これに対してナタンは、治療の目的は必ずしも西欧文化に適応させることではなく、健康を取り戻すことだと反論するであろう。

とくに第3点は、重要な指摘である。例えばF・ベンスラマは、「文化によって人間が理解できるというのは幻想」であり、ナタンの方法は「新たなゲッターを作る」ことにしかならないと批判する。これに対してナタンは、「新たなスターリン主義」だと反論し、他の人も巻き込んだ論争になった (Benslama F., 1996, 1998, 1999, 2004 ; Rechtman R., 1995, 2000 ; Roudinesco E., 1999)。

この論争は、一方で文化とは何かという問いを引き起こす。文化という概念が、そもそも近代国民国家のイデオロギーとして生まれ、一貫してその役割を担ってきたこと (西川, 2001), また文化的差異が固定的なものではなく、つねに流動的であることを考えれば、

文化的差異に根拠を置くナタンの議論は、根拠が薄弱であるように思える。また、補完主義という立場も、ナタン自身が述べるように、どこまで文化の枠組みを前提にするのかを明確にしない限り文化主義に陥ることは明らかである。

しかし他方で、文化相対主義的な視点から見れば、ナタンの主張に理があるのは明らかである。移民受け入れ国の文化、つまり理解の枠組みを絶対化することはできないからである。しかし、逆に言えばナタンの立場は相対主義のかかえる難点すべてを引き受けなければならないことになる⁴⁾。すなわち、強い文化相対主義の立場に立てば、一方で出身文化を西欧文化によって理解する可能性が否定されることになり、他方で欠点を含めて出身文化をそのまま認めなければならなくなるからである。その意味で、ベンスラマの批判は一定程度の正当性をもっている。これに対してナタンの理論化は不十分であるように思える。われわれとしては、こうした批判を考慮に入れた上で、日本への導入を考える必要があるだろう。

結論 日本への適用可能性

2000年4月に国連人口部報告が「日本の現在の労働人口を維持するには毎年61万人の移民を50年間受け入れ続ける必要がある」と発表した前後から、日本の政府も経済界も移民の受け入れを検討し始め、2000年に

は法務省が「第二次出入国管理基本計画」のなかで「社会のニーズに応じて外国人の受け入れを積極的に行う必要がある」と明言するようになった。そして、2004年11月には二国間交渉によってフィリピンの看護・介護労働者を受け入れることが大筋で決まった。今後、この動きはますます広がっていくことが予想される。

しかし、こうした移住者に対する市民権は十分に保障されていない。それは日本の移民政策の隠された基本理念が、「移民受け入れは少子高齢化による労働力不足を補うための一時的なものとする」というものであり、そこから一時的住民にすぎない移民と「日本人」のあいだに、市民権の点で差を設けてもよいという施策が生まれるからである。しかし、これでは、医療をはじめとする基本的権利を保障することはできない。

とくに精神医療は、アメリカやフランスなどの先行例をみても明らかのように、今後ますます重要な問題になってくるであろう。その際、少なくとも既存の精神医学では効果のない患者に対して、移住労働者の出身文化を重視した治療法が考えられるべきである。その際、ナタンの提唱する民族精神医学を批判的に取り入れることは可能であり、必要であろう。

註

1) 筆者らは、国際移住機関等の依頼で、神戸のヴェトナム難民の定住状況、とくに心の問題に関する調査を行っているが、そこでも移住から一定期間を経過した難民たちにとって、心の問題は大きな問題であることがわかった。

2) ナタンの主要著作は次の通り。

- ① *Sexualité idéologique et névros: Essai de clinique ethnopsychanalytique*, Préface de G. Devereux, Editions de la Pensée Sauvage, 1977.
- ② *La psychanalyse et son double: Les fantasmes sexuels dans les transferts psychanalytiques et la copulation des arthropodes*, Editions de la Pensée Sauvage, 1979. Seconde édition revue et augmentée est parue sous le titre: *Psychanalyse et copulation des insectes*, Editions de la pensée sauvage, 1983.
- ③ *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, 1986.
- ④ *Le sperme du Diable: Eléments d'ethnopsychothérapie*, P.U.F., 1988.
- ⑤ *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était...*

Principes d'ethnopsychanalyse, Editions de la Pensée Sauvage, 1993.

- ⑥ *L'influence qui guérit: Une théorie générale de l'influence thérapeutique*, Odile Jacob, 1994.
- ⑦ *Médecins et sorciers*, avec Isabelle Stengers, les empêcheurs de penser en rond, 1995.
- ⑧ *La parole de la forêt initiale*, avec Lucien Hounkpatin, Odile Jacob. Repris en édition de poche sous le titre *La guérison yoruba*, Odile Jacob, 1998.
- ⑨ *La mort vue autrement*, avec François Dagognet, les empêcheurs de penser en rond, 1999.
- ⑩ *Psychanalyse païenne: Essais ethnopsychanalytiques*. 3ème édition. Odile Jacob, 2000.
- ⑪ *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, 2001.

邦訳には次のものがある。Nathin Tobie, 三脇康生・村澤真保呂・江口重幸訳(2000): 精神療法の未来、文化とこころ(多文化間精神医学会), 4(1&2), pp.87-103.

- 3) フランスの移民問題とその思想的背景については拙論参照(松葉, 2001)。
- 4) 文化相対主義とその難点については拙論参照(松葉, 1994)。

文 献

- Balibar E. (1998), 松葉祥一訳(2001): 市民権の哲学ー民主主義における政治と文化, 青土社。
- Benslama F. (1996): L'illusion ethnopsychiatrique, *Le Monde*, 4 décembre 1996.
- Benslama F. (1998): L'illusion ethnopsychiatrique, *Revue Transeuropéenne*, 12/13, printemps/été 1998, 59-62.
- Benslama F. (1999): Épreuves de l'étranger, in *Le risque de l'étranger. Soins psychique et politique*, éd. J.Ménéchal, Dunod, 1999.
- Benslama F. (2004): Que peut apporter lorsque ethnopsychiatrie au travail social, propos recueillis par Guy Benloulou, *Lien Social*, no.696, 12 février 2004.
- 西川長夫(2001): 増補国境の越え方, 平凡社。
- 松葉祥一(1994): 多元主義, 比較文化のキーワード1(竹内均・西川長夫編), サイマル出版。
- 松葉祥一(2001): 移民・市民権・歓待ーサン・パピエの運動とバリパール, デリダ, 普遍性が差異かーフランス, 共

- 和主義の臨界 (三浦信孝編), 藤原書店, 73-86。
- 松葉祥一 (2004) : 日本の移民政策の課題—開かれた市民権のために, 科学技術振興調整費・科学技術政策提言「臨床コミュニケーションのモデル開発と実践」報告書, 138-144。
- 三協康生(2000) : フランスにおける移民のための精神医療の現状, 文化とこころ (多文化間精神医学会), 4(3&4), 114-122。
- Nathan, T. (2001) : *La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 2e édition, Paris, Dunod, 2001.
〔松葉祥一・植本雅治・椎名亮輔・向井智子訳, 他者の狂気, みすず書房より近刊〕
- Rechtman, Richard, 三協康生訳 (2000) : パリにおけるカンボジア移民への多文化間精神療法, 文化とこころ (多文化間精神医学会), 4(3&4), 98-113.
- Rechtman R. (1995) : De l'ethnopsychiatrie à la psychiatrie culturelle, *L'évolution psychiatrique*, 60(3), 637-649.
- Roudinesco E. (1999) : Je plaide pour la liberté de ne pas être toujours ramené à mes racines, *Politis*, no.577, 2 décembre 1999, 20-23.

(受付 : 2005.1.31 ; 受理 : 2005.2.1)

What is ethnopsychiatry: Tobie Nathan's Theory and Practice

Shoichi Matsuba

Kobe City College of Nursing

Abstract

This paper considers what the ethnopsychiatry (ethnopsychiatrie) which French psychologist Tobie Nathan advocates is, and the possibility of application to Japan. Migrants set in many cases in a stress situation, because of the difference in language, lifestyle, etc., and appeals mental disease. However, its medical treatment tends to become difficult because of the difference in a language, and especially the difference in a view to the cause and its medical treatment of the mental disease. Then, Tobie Nathan claims that it is required to catch the moral disease of the migrants in the framework of a patient's own culture and to introduce a different cure from Western medicine, and practices the ethnopsychiatry over 30 years. In this paper, the social situation that Tobie Nathan's ethnopsychiatry was born is clarified, and its theoretical background is analyzed. Nathan's practice is surveyed and the theoretical framework is examined according to "Folie des autres" which is one of his main works. Moreover, the criticism to this ethnopsychiatry is considered and its problem is pointed out. In Japan, if it is expected that immigration will increase from now on, it is concluded that it is necessary to introduce ethnopsychiatry critically.

Key words: Ethnopsychiatry, Tobie Nathan, Migrants, psychiatry