

語ることと語り出すこと

——性暴力とトラウマケアをめぐるアイデンティティに関する考察

井上瞳

(大阪大学・学振DC)

近年、性暴力のトラウマ臨床の領域では、治療や回復のためのアプローチとして「語ること」が重視されている。しかしその一方で、被害にあった女性たちがそもそも「語り出さないこと」については、これをトラウマ症状とみなす以上には研究の主題とされてこなかった。そこで本稿は、こうした研究動向に新たな視座を提示すべく、トラウマケアの対象となることが、必ずしも語る主体を立ち上げるものではなく、むしろ他者によって表象される客体となる身振りである点に注目した。これにより、性暴力被害者の語りがトラウマという医療の言語に翻訳されるとともに、支援機関にアクセスしないなどの沈黙もまた翻訳されてしまう恐れがあることを浮き彫りにした。そこから、語り出さないことが必ずしもネガティブなものではなく、むしろ自分で自分を表現するポジションを保持する手段である可能性に光を当てた。

キーワード

性暴力、トラウマ、語り、アイデンティティ、医療化

I. 問題の所在

本稿は、語ることと語り出すことの区別を通じて、トラウマ臨床において重要視されている語る主体が、社会的な次元から切り離された無色透明な主体ではなく、援助／被援助という公的な関係性において「性暴力被害者」として語り出した主体である点を指摘するとともに、そこに織り込まれた他者表象の暴力性について考察する。そのうえで、語り出すことを称賛する近年の世界的な動向に反し、沈黙が自己表象のた

めのポジションを明け渡さない身振りである可能性に光を当てる。

今日、性暴力被害にあった当事者のその後の苦悩については、心身の影響にフォーカスするトラウマの視座が主流となっている。これは1970年代以降、とりわけアメリカの精神医学界で押し進められてきたPTSD (Post Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害) をめぐる議論を土台として、性暴力をめぐる語りえない記憶

をいかに言語化するかに焦点を当てたものである。PTSDとは、生命の危機に瀕した際のショックが言語化されないまま「冷凍保存」されることで、フラッシュバックなどさまざまな身体症状として表出するものである。特に性暴力はPTSDの発症率が高いこともあり (Kessler et al. 1995)、認知行動療法やEMDR (眼球運動による脱感作と再処理法) など、トラウマ記憶を言語的に分節化する手法の開発と実践が進められてきた (Resick and Schnicke 1992; Shapiro 2001; Rothbaum et al. 2007; 松嶋 2020)。

また、そうした個別の心理療法と並行して、ケアに関わる全ての人々がトラウマの知識を持つ「トラウマインフォームドケア」と呼ばれるアプローチが、北米を中心に注目を集めている (Harris and Falloot 2001)。これは、トラウマの視点から被害者の言動を理解し、心理療法などの「トラウマに特化したケア」が必要かどうかを判断する (Bloom and Farragher 2013)、あるいは心理教育を通して被害者にもトラウマの知識を周知させることで、トラウマという共通の枠組みでもって、現在の行動や心理を言語的に分節化するツールとしても用いられている (野坂 2019; 藤岡編 2019)。

しかしその一方で、性暴力が「沈黙」という語とともに問題提起されてきたよう

に、そもそもそうした支援の場に被害者がアクセスしないということは、国内外問わず指摘されてきた。たとえば、米国司法統計局 (Bureau of Justice Statistics) による国家犯罪被害調査 (National Crime Victimization Survey: NCVS) は、米国の一般家庭に対する犯罪被害の大規模調査である¹。NCVSによれば、12歳以上の人々のレイプないし性的暴行の1000人当たりの発生率が1.1人であるのに対して、「通報した」が0.3人、「通報しなかった」が0.8人となっており約8割が通報していないことがわかる。また日本では2020年に内閣府が実施した「男女間における暴力に関する調査」によれば、女性の14人に1人は無理やり性交等被害にあった経験を有するがうち6割がどこにも相談していないと報告されている²。

これまでの研究が指摘してきたように、トラウマ体験が破壊した「意味 meaning」体系の言語を通じた再建は非常に重要である (van der Kolk 2014; Alford 2016)。しかし、性暴力被害を経験した人々が置かれた以上のような状況を鑑みるならば、そのように専門家との関係に参入することそれ自体のうちに問題が残されているとはいえないだろうか。確かに、言語化は性暴力のその後の苦しみに対する有用な回復・治療の技法である。ただし、性暴力被害の専門家

1 Bureau of Justice Statistics, 2020, National Crime Victimization Survey, Bureau of Justice Statistics HP, (2022年1月14日取得, <https://bjs.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh236/files/media/document/cv20.pdf>) . 性暴力をめぐる日本の先行研究において、この統計は社会学 (横山 2016) および心理学 (今野 2018) の分野において参照されている。なお被害の暗数をめぐっては、今野 (2018) が同様の解釈を導出している。

2 内閣府男女共同参画局, 2020, 「男女間における暴力に関する調査 (概略版)」, 男女共同参画局ホームページ, (2022年1月14日取得, https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/r02danjokan-gaiyo.pdf)

と語り合うというこの状況は、性暴力被害の当事者という社会的アイデンティティを背負い込むことなしには成立しない。本稿が「語り出す」という語で光を当てたいのはこの問題である。つまり、言語化によって秩序の再建をはかる精神医学・心理学的アプローチが暗黙裡に前提としてきた語る主体とは、社会的な次元から切り離された無色透明な主体ではなく、援助／被援助という公的な関係性の中で性暴力被害者として語り出した主体なのである。

このように支援関係への参入／離脱が当事者のアイデンティティに影響を及ぼすという論点は、欧米では1990年代にすでに提出されている。たとえば、性暴力のトラウマ臨床に尽力してきた精神科医ジュディス・ハーマン (Judith Herman) は、『心的外傷と回復』(1992)の中で回復論を展開しており、そこで軸となるのが専門機関へのアクセス／ディスコネクトと連動したアイデンティティの移行である。ハーマンの回復論は「スティグマを帯びて孤立している状態から社会的結合が取り戻された状態へ」(Herman 1992=2004: 242)という仕方方向づけられており、ここには明示的ではないにせよ、分離、移行、統合という三つの段階から社会的移行を説明する「通過儀礼」的な解釈をみてとることができる (van Genep 1960)。たとえば、入院／退院を経ることで、人々のアイデンティティが「患者」から「回復者」へ変容するように、病院など特定の場は「病気の人」から「回復した人」への社会的移行を実現する「癒しの儀礼」として機能する (Helman 2007=2018: 242-243)。このようにみれば、第一段階で、

支援機関へのアクセスを通じ日常生活からの一時的離脱を含めた「安全の確保」を行い、次に第二段階で、支援を継続しつつ被害をめぐる言葉にならない情動に言葉を与える「服喪追悼」の作業を経て、最後に第三段階で、継続的な支援の利用から離れ社会生活に「再結合」という回復プロセスは、支援機関へのアクセスとの連関において変化するアイデンティティ——ハーマンの言葉を借りれば「被害者人生」から「ふつ々の人生」へ (Herman 1992=2004: 321)——に光を当てているといえる。

以下で、性暴力被害者というアイデンティティを引き受ける手続きとしての「語り出すこと」を考察するにあたり、ハーマンの視点は非常に重要である。しかし本稿では、ハーマンがこのようにアイデンティティの揺らぎを問題としながらも、最終的にこれをトラウマという精神医療の議論に還元してしまう点に懐疑の目を向ける。これは、支援機関にアクセスする第一段階において、当事者のさまざまな動揺が一様にトラウマの後遺症として位置づけられていることにも見ることができる。更に、この点は「被害者人生」から「普通の人生」へという最もダイナミックなアイデンティティの変動にフォーカスする第三段階も同様である。

外傷の解消はこれで決定的に終わりということはない。回復に完結はありえない。生存者の生涯をつうじて外傷的事件のインパクトはわんわんと心の中をこだましつづけるであろう。(Herman 1992=2004: 335)

もちろんトラウマ体験の影響を軽視することはできない。しかしながら、上記の引用から読み取ることができるのは、ハーマンの回復論が、実際には被害者アイデンティティからの離脱という事態を想定しておらず、当事者を半永久的にトラウマの議論に拘束し続ける恐れがあるということである。そこで、本稿はハーマンの回復論に対して以下の二つの問題を指摘する。一つは、ハーマンの議論が、解釈する側／解釈される側の非対称性と権力構造といった「社会的次元」を捨象していることである。これはハーマン自身指摘しており心理学的視点の限界でもある（Herman 1992=2004: 271）。とはいえ、当事者の回復の進行や度合いを誰が判断し決定するのかという問題は不可視化されてよいものではないだろう。二つ目は、ハーマンの議論がそもそも被害者であることを所与のものとし、性暴力被害者という社会的アイデンティティを引き受ける状況——こういってよければ被害者になる状況——を議論の遡上に載せていないことである³。しかし、被害にあった多くの人々が専門家との対人関係に参入しない今日の状況を鑑みれば、当事者にとって性暴力被害者という社会的アイデンティティを引き受けることそれ自体が大きな問題である可能性についても考察する必要があるだろう。

そこで本稿は、これまで性暴力のトラウマ臨床の領域で主題化されてこなかった「語り出す」ことに着目し、これを「私は性

暴力被害者である」という名乗りの問題として提起する。スーザン・ソntag (Susan Sontag) は、病いの隠喩の議論において、病者というアイデンティティを引き受けることがいかなる身振りであるかを考察した。ソntagによれば、癌やエイズなど西洋社会において象徴的意味を担わされてきた病いを患うことは、生物医学の次元だけでなく、「私は癌患者のひとりである」という仕方でアイデンティティの次元に変更を加えるものでもある（Sontag 1989=1990: 55）。ソntagはこれを「変身」と呼ぶが、重要なのは一定のアイデンティティを引き受けることによって、引き受けた者がこのように「暴力の行使」（Sontag 1978=1990: 125）としての意味付与＝解釈の対象に転じてしまう点である。

本稿はこうしたソntagの問題意識を継承する。確かに、「私は性暴力被害者である」という名乗りは、支援機関へのアクセスだけでなく精神医療の言語の導入を可能にした。このことは、それまで他者と「共訳不可能」（北中 2019: 14）だった苦悩に、援助者／被援助者双方に「共訳可能」な仕方で意味を付与し、回復の道をひらいた。しかしながらここには、専門家によってつねにすでに意味付与＝解釈されるような権力勾配を伴うポジションを引き受けるという代理＝表象をめぐる問題が残されている。

II. 「語り出す」ことをめぐって

現在性暴力のその後の苦悩は、精神科医

3 「性暴力被害者である」ことに回収できない状況として、伊藤（2015）は、「性暴力被害にあうこと」を主題化している。伊藤は被害当事者へのインタビューを通じて、専門家によって社会的／病理的な意味が付与された「性暴力被害者」カテゴリーに回収されない当事者の語りの揺らぎに注目する。

や心理士などメンタルヘルスの専門家たちによって、トラウマケアの領域と密接に結びつくかたちで議論が展開されている。これは1980年代に北米を中心に始まった議論だが、必ずしも精神医療の内部から生じた議論ではなく、その背景には1960年代後半から70年代にかけてアメリカを中心に活発化した女性運動の影響が垣間見られる。本節では、まず「個人的なことは政治的なこと The personal is political」というスローガンのもと、性暴力を沈黙の領野に留めるのではなく、精神医療と結びつくことで、公的領域において語り出すことを試みた女性運動と精神医療の連関を論じる。その後、このアプローチがどのような領域を切り開いたのか、またどのような問いが残されたのかを順に見ていく。

1. 女性運動と精神医療

1970年代以降登場したラディカル・フェミニズムは、性暴力をめぐる問題を、私的なものと公的なものの区分を問い直すことによって顕在化させた。ラディカル・フェミニズムとは、ベティ・フリーダン (Betty Friedan) 『女らしさの神話』 (Friedan 1963) を機に高まりを見せていたリベラル・フェミニズムが公私の区別に基づき「公領域における女性差別反対」を掲げたのに対し、「出産、育児、家事、愛、結婚、セクシュアリティ等の日常的、個人的なことも社会的・政治的」であるとして、「公私二元論」を批判するアプローチである (Millett 1970; ホーン川嶋 2000: 51)。ラディカル・フェミニズムは、女性たちがミーティングを通じて生活の中の問題を女性が直面する

問題として捉え直す「CR運動 consciousness raising」を土台として、私的領域に追いやられていた現象を公的領域との連続性において問題化していった。

こうした草の根運動の中で、19世紀後半フロイトとブロイヤーによって一度は着目されたもののその後不問にされた性暴力後の苦悩に光が当てられた (Breuer and Freud 1895)。看護師、社会学者、心理学者、精神科医らは、当時西洋社会で大きな問題となっていた戦闘帰還兵の神経症状との共通点を指摘することで、レイプに「レイプ・トラウマ・シンドローム」 (Burgess and Holmstrom 1974)、女性に対する家庭内暴行に「被殴打女性症候群 battered woman syndrome」 (Walker 1979)、子どもへの性的虐待に「近親姦経験者 incest survivors」 (Herman and Hirschman 1977) といった精神医療の名前を付与した。この取り組みは、国際的に最も影響力のある精神疾患診断マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) に、PTSDの原因として性的暴行を記載する議論の端緒をひらくとともに、性暴力とトラウマ臨床をめぐる現在の議論を基礎づけた (American Psychiatric Association 2013)。公私二元論に挑戦したラディカル・フェミニズムのアプローチは、精神医療の領域と接続することによって、性暴力を語るための共通言語を作り出し、社会の中に性暴力被害者の「発話のポジション」 (太田 [1998] 2010: 10) を確保したのである。

このように、社会から周縁化された事象を新たに医療問題とすることで中心化する動きは、「医療化 medicalization」として主に

医療人類学・医療社会学が論じてきたテーマでもある (Conrad and Schneider 1980)。古典的事例には同性愛、発達障害、薬物依存、アルコール依存などがあり、それまで医療問題とされていなかったものが、新たに治療やケアが必要な対象とみなされることを指す。精神医学をめぐっては、主として脱精神医学 (Zola 1972)、脱病院化社会 (Illich 1975) など、近代医療のもつ社会統制ないしスティグマ付与の機能に対する批判的検討がなされてきた。もちろん、これらトップダウンの医療化と、草の根的な女性運動に端を発した性暴力と精神医療との結びつきを同一視することはできない。しかし、道徳的非難の対象であった人々を治療・ケアが必要な「病者 (PTSD 患者)」に読み替え、暴力的な性関係を繰り返すなど道徳的逸脱とみなされていた性暴力後の苦悩を「疾患 (PTSD 症状)」に読み替えた「性暴力の (精神) 医療化」が、社会変革をもたらしたのもまた事実である。この点に注目するならば、女性たち自身によって編み出されたこの運動は、専門家主導のトップダウンの医療化とは区別された、いわば当事者主導のボトムアップの医療化として捉えることもできるだろう。

2. 隠された意味を解釈するのは誰か？

前節で概観したように、トラウマという共通言語の導入は、被害者支援センターの設立をはじめとしたサポート体制を整備し、性暴力被害者として語り出すためのポジションを確保した。しかし、これは語り出すことそれ自体に照準を定めた社会運動であるだけに、医療化がもたらす問題点に

については中心的に論じられてこなかった。そこで本節では、トラウマをめぐる医療人類学の議論を手がかりに、語り出すことが前提とする権力構造に視線を向けたい。

先述したように、性暴力の医療化は周縁から中心へ向かう運動であった。ただしここで見落としてはならないのは、この運動が「置き換え」の手続きによって駆動されているということである。つまり、性暴力にあった者が語り出すためには、性暴力とその苦悩をトラウマの物語に読み替える必要があるのである。

医療人類学の研究者たちは、この置き換えの問題がトラウマの議論そのもののうちに内包されていると指摘する。たとえば、精神科医であり医療人類学者であるアーサー・クラインマン (Arthur Kleinman) は、20世紀後半以降、北米から他の地域に拡大適用されつつあるトラウマの物語がはらむ問題について、次のように述べている。

それら現実の出来事にもとづく入り組んだ〔トラウマの〕物語は、ポストモダン特有の「被害者」というイメージに集約され、医療者たちによって医学用語をもちいて書き換えられる。苦しめられた者は、まず、無力で無抵抗な被害者——表現する手段をもたず、他者によって表現してもらわなければならない者——になり、それから「世紀末特有の病い」をもつ患者 (すなわち PTSD 患者) になる。(Kleinman and Kleinman 1996=2018: 13)

ここでクラインマンは「先進国」の人々

が「途上国」の人々へ向ける視線について問題提起している。国際開発や難民援助の領域において、トラウマの物語は、紛争下で苦しむ人々に「患者」という社会的地位を付与し、公的援助や金銭的保障を可能にする。ただしそこには、眼差す側による眼差される側の存在の「書き換え」ともいうべき振舞いがあるとクライマンは指摘する。つまり、トラウマの物語は、具体的なケアを実現しながら、その一方でケアの対象となる人々を「無力で無抵抗な被害者」、「世紀末特有の病いをもつ患者（PTSD患者）」として表象し、「他者によって表現してもらわなければならない者」に作り替えてしまうのである。

ここでクライマンは、眼差す側の「先進国」の人々と眼差される側の「途上国」の人々のあいだの権力関係の構図に注目している。その意味において、女性たち自身が獲得したトラウマの物語とこうした専門家主導のアプローチとを同一視することはできない。しかしながら、両者のそうしたスタンスの違いを別にしても、ここには見落とすことのできない問題がある。それは、そもそも眼差す側と眼差される側とを分離する操作が精神分析的アプローチの内部に組み込まれているという問題である。

トラウマの物語がそうであったように、精神分析的アプローチはあるものを別の言語で置き換える手続きを必要とする。ソントグはここに着目し、精神分析的アプローチは、「Xは本当はAなんです（またはAを意味するんです）とか、Yは本当はBなんですとか、Zは実はCなんです」（Sontag 1966=2017: 19）という形で、現に目の前

に存在するものの背後にそれと異なる意味を探す象徴論的な解釈行為であると指摘する。これは、たとえばハーマンの回復論において、回復プロセスの終了という事態が存在せず、「結婚と離婚、家族成員の誕生と死去、疾病や引退などは外傷性記憶が蘇る機会¹でしばしばある（傍点は引用者）」（Herman 1992=2004: 335-336）として、被害者のその後のライフイベントがトラウマ症状を読み込む「機会」とされていることから読み取ることができる。つまりここでは、眼差される側のいっさいの行為や出来事が、「本文の『裏側』を掘って、真の本文である『背後の本文』を見つけよう」とする眼差す側の象徴論的な解釈行為の対象となるとともに、「個人的生活上の事件」は「すべて解釈を発動させる機会」として規定されてしまうのである（Sontag 1966=2017: 21）。

また医療人類学者である北中淳子は、認知症臨床を事例として、一見すると「わけのわからない」患者の被害妄想や語りの「裏」の意味を解読することで、認知症の人々を「語る主体」として描き直した「精神病理学・精神療法的アプローチ」を評価しつつも、そうした「語る主体」が眼差す側の「解読」という象徴論的解釈行為によって立ち上げられるという矛盾を指摘する（北中 2019: 15）。つまり、クライマンの記述にもあったように、確かにトラウマの図式は、それが適用された人々に社会の中で語り出すためのポジションを確保する。しかし、これを駆動する置き換えの手続きには、他者からの表象を免れない客体として主体を定立するという捻じれが伴う

のである。

こうした問題は、人文社会科学的な理論の水準はもとより、「語りえないものを語る」ことを理念とする近年のトラウマ臨床の領域にも認められるだろう。もちろん、北中（2019）も指摘しているように、一口に精神分析といえども、19世紀後半以降展開された精神分析家とクライアントあるいは精神分析家たちの間に閉じた秘技的アプローチと、バイオロジーを基盤に1980年代以降フロイト的パラダイムへの挑戦として展開されたDSMを中心としたアプローチとでは狙いが異なる（Kirk and Kutchins 1992）。しかしながら、本稿が目指したいのは、近年北米から世界へ拡大しているトラウマの知には、依然として「語る側・語られる側との表象の政治学」（北中 2019: 15）とも呼ぶべき問題が残されている点である。

現在、生物医学に関しては、1980年代以降クライマンを始めとする医療人類学者によって試みられたナラティブ研究の影響を度外視することはできない。ナラティブ研究とは、「疾患」と「病い」という区別のもと、生物医学の領域において固定化されていた医師・患者関係を相対化し、医療者の説明に回収されない患者の主観的体験の語り注目する議論である（Kleinman 1988）。これは1990年代以降、医療実践の領域でも、「ナラティブに基づく医療 Narrative-Based Medicine」（Greenhalgh and Hurwitz 1998）として議論が本格化しており、そこではいかに医者-患者間の権力関係を組み直し、患者の語りを聞き取るかが中心的な課題とされている。

対して、現在拡大しているDSM的なトラウマの知は、たとえば日本でも厚生労働省との連携のもと援助職への導入が進められているトラウマインフォームドケアなどがそうであるように、「問題行動」の背景にトラウマの影響を想定することで、一見不可解にも思われる言動に正当性を担保する試みである（Ades et al. 2019）。なおこれは苦悩の背景にトラウマの存在を想定することで回復の回路をひらく精神療法の技法にも見出すことができる。

このようにトラウマの言語への翻訳を通じて語る主体を立ち上げる精神医学・心理学的アプローチは、確かに当事者の主体化を支援する取り組みだといえるだろう。しかしここまでみてきたように、それは医療者側の解釈を免れない客体として主体を定立する「置き換え」の働きと不可分であった。このことは性暴力のトラウマ臨床の文脈においても不問にすることはできず、その意味において、性暴力の（精神）医療化は語り出すことを可能にただけでなく、語ったそばから他者によって語りが剥奪されるという代償をそのただ中に抱え込んだともいえるのである。

Ⅲ. 語りの剥奪

前節では、トラウマをめぐる医療人類学の議論を手がかりに、語り出すことがいかなる権力構造によって可能になっているかを確認した。これによって、性暴力の（精神）医療化が、(1) 当事者の語りをトラウマの言語に読み替え、翻訳し、解釈するという「置き換え」の働きによって駆動するものであること、(2) 当事者の語りから当

事者自身を疎外する状況を生むことの二点を確認した。そこで本節では、こうした語りからの疎外が、性暴力のトラウマ臨床の領域において「語りの剥奪」となりうる点を、言い換えれば、当事者は語っているにもかかわらず、語りが歪められ、聞き届けられないという事態として生じうる点を指摘したい。

語っているにもかかわらず語りが不在化させられる「語りの剥奪」という事象を考察するにあたり、まずは性暴力のトラウマ臨床においてどのような語りが支配的なものとして捉えられているかを探ってみよう。ここで浮かび上がってくるのが、1980年に登場したDSM上のPTSDの記述に基づく「自律性の破壊と回復の物語」である。これは、現在まで改定が続くDSMにおいて、トラウマ体験およびトラウマ症状が、「曝露」、「晒される」、「侵入」といった語によって捉えられている点からも窺うことができる。トラウマ体験とは、みずからの意に反した形で「危うく死ぬ」ような体験に「晒される」こと、そうした精神的衝撃を受ける体験である。そしてトラウマ症状とは、そうした衝撃の記憶が、言語化など統御可能な意識の働きの対象にならず、普段の意識に突如さし込まれることを指す。

最新版のDSM-5において、トラウマの主症状は「侵入」、「回避」、「過覚醒」、「認知の否定的変化」とされている（American Psychiatric Association 2013）。性被害に即してみると、まず「侵入」とは、過去のトラウマ記憶が意識するか否かにかかわらず想起されることであり、一般にフラッシュバックとして知られている。また「回避」

とは、トラウマ記憶を招来させる場所、人物、状況を行動／意識の水準で避けることであるが、そのように身を守るべく意識が作動し続ける状態が「過覚醒」である。最後に「認知の否定的変化」とは、こうした主体の境界を攪乱する状況に対し、自分自身を原因とする認知を組み立てることで一貫性を保持することである。

こうした自律性の破壊の物語によって用意されるのが、自律性を取り戻すという論点に方向づけられた回復の物語である。1970年代以降、性暴力とトラウマの議論の発展に尽力してきたハーマンやヴァン・デア・コルク（van der Kolk）らは、性暴力被害者の回復がいったいどのような軌跡を描き、どのような地点を目指すべきかについて提言を行ってきた。彼らは、安全な環境の整備から始まり、症状の認識と対処、行動のセルフマネジメント、感情や感覚といった内的感覚の意識化など、性暴力というトラウマ体験によって侵害された「自己統御」（Herman 1992）や「主体性」（van der Kolk 2014）を取り戻すことが、回復のために重要であると指摘してきた。この流れに基づき、日本では主として90年代以降、小西聖子（1995）、宮地尚子（2005）、野坂祐子（2010）らが、性暴力にあった人々がもともと持っている主体性やストレスをいかに取り戻すかという観点から、たとえば認知行動療法などトラウマに焦点化した心理療法やトラウマインフォームドケアの実践を通じてトラウマを顕在化させ、それによってトラウマを統御し対処する道を模索してきた。とくに、性暴力はトラウマ体験の中でも「自分が悪かった」「汚れてし

まった」という強い自責感や恥辱感をもたらし、私は私でいいという「自己尊重感」を低下させ、自律性に大きなダメージを与えるとされている（宮地 2020: 76）。

こうした「自律性の破壊と回復の物語」は、性暴力にあった人々の自律性や主体性に着目し、そこに衝撃が与えられたことを踏まえつつも、不可逆性ではなく可逆性に注目するという意味で、被害者の回復を後押しするものといえるだろう。ただし、ここにはいくつか問題も残る。まず、この物語が想定する自律的な主体像は回復の基盤となると同時に、まさにそれによって自律的に自己をマネジメントし回復を目指そうとしない人の語りを不可視化する側面がある。つまりそこでは、「自分の認知や感情がどうであるかなんて知りたくない」、「自分の行動をマネジメントしたくない」というように、専門家の間で承認された回復の物語を拒む人々は、その主張がいかに核心をつくものであったとしても⁴——むしろ核心をつくものであればあるほど——回復が必要な病者に読み替えられる恐れがある⁵。

加えて、近年台頭しているヴァン・デア・コルク（2014）を始めとした脳神経科学的な視座は、PTSDの在りかを脳の物理的損傷という可変的な領域に位置づけることで、可逆的な回復の道を切り開こうとす

るものである。しかしながら、こういった可逆性に主眼を置くアプローチは、脳画像の撮影など実際の医療的介入を行っていない患者に対しても「トラウマが神経レベルで組織化されている」（野坂 2021: 183）といった見方を持つことに繋がりがかねない。そうした眼差しは、むしろ不可逆的かつ本質主義的な仕方ですらトラウマを被援助者個人に「刻印」することによって、被害者のあらゆる語りをトラウマの枠組みに還元するものでもあるだろう。とりわけ、性暴力のトラウマ臨床で強調される「恥辱感」は、否定的認知の一種としてトラウマ症状とみなされるものだが、自身の被害経験をもとに支援活動を行う小林美佳による以下の提言は非常に示唆的である。

「被害者を守るため」といって周りの人たちは外を向いてぐるりと手をつないでいる。でもドーナツみたいに、まんなかは空洞で、そこに被害者は見えない。「恥ずかしい」「悲しい」と決めないで、こっちを見て、聞いてほしい。自分は、「あなたが悪いんじゃない」「隠しておきなさい」という矛盾するメッセージに苦しんだ。どうして性的な被害を受けたら話せないんだろう。つらくて話せないことはある。怖

4 医療人類学者のアラン・ヤング（Allan Young）は、現在PTSDの回復尺度として普及しているCD-RISCを参照しつつ、レジリエンスがPTSD症候群の改善ではなく、セルフマネジメントを軸とした「不快な感情を上手く処理する能力」として「微妙に定義され直」されている点に疑義を呈している（Young 2014=2014: 125-126）。

5 ここで、第三世界フェミニズムの視点から「西洋フェミニズム」がはらむ他者表象の問題を指摘する岡の議論は非常に重要である。岡は、「抑圧される女性の主体性をつねに問題としながら」も、彼女たちが「西洋が主張するような人権の普遍性に対して疑義を表明（傍点原文）」（岡[2000] 2019: 43）するや否や糾弾の側に回る西洋フェミニズムの暴力性を問いたです。

いから、という人もいる。加害者が身近な人の場合もある。だけど、被害者が「恥ずかしい」からだろうか？答えが出ないまま考えている。(小林 [2010] 2016: 149-150)

このようにみれば、確かに性暴力のトラウマ臨床における支配的な物語は、性暴力という語り出すことの困難な事柄を援助の場において語ることを可能にしたといえる。しかし、そうした支配的な物語が唯一のものとして支援者に内面化された場合、上でみたようなさまざまなフェーズにおいて、被害当事者の語りを不在化させてしまう余地を残しているのである。

IV. 沈黙の剥奪

前節では、性暴力のトラウマ臨床における支配的な物語が、当事者の語りをすくい上げつつ、語りが歪められ聞き届けられないことによって、語りが不在化させられ、その帰結として、語っているにもかかわらず語っていないという事態が生じる可能性を確認した。本節では、この「語りの剥奪」という事態と同時に起こりうる「沈黙の剥奪」——当事者は何も語っていないにもかかわらず、専門家が意味を読み込み、代わりに語ってしまう——に視線を向けてみたい。

1960年代以降「個人的なことは政治的なこと」というテーゼに基づいたラディカル・フェミニズムの試みが示していたように、性暴力という事象はいかに沈黙を破るかという問いと結びついてきた。この問題

意識は現在でも引き継がれており、2010年代後半以降大きなうねりとなった#MeTooは、多くの人々がハッシュタグを通じて社会から課された沈黙を破る動きであったといえるだろう。また、日本でも精神科臨床を文化的視点から捉える文化精神医学の領域では、性暴力被害者に沈黙を課す社会・政治的規範を考察するにあたり、援助者自身のジェンダー規範を相対化するアプローチが模索されている(宮地 2020)。

こういった取り組みの重要性は言うまでもないが、ここで改めて批判的に検討したいのは、このように沈黙を破り克服するという流れが、知らず知らずのうちに沈黙の居場所を浸食してはいないかということである。これまでの議論を踏まえるならば、すなわち、被害者が何も語っていないにもかかわらずそのように語っていないことそれ自体がトラウマの言語に翻訳されていないかという問題である。

すでに触れたように、性暴力にあった女性の多くが支援機関にアクセスしないことは、性暴力のトラウマ臨床の領域でも問題視されてきた。事実、被害後の相談先の割合と内訳を見てみると、「知人・友人」が23.2%、「民間の専門家や専門機関(弁護士・弁護士会、カウンセラー・カウンセリング機関、民間シェルターなど)」が1.4%、「性犯罪・性暴力被害者支援の専門相談窓口(いわゆるワンストップ支援センター)」が0.7%とあるように、トラウマ治療に繋がる可能性のある専門機関にアクセスする人々はほとんどいないことが窺える⁶。こう

6 内閣府男女共同参画局, 2020, 「男女間における暴力に関する調査(概略版)」, 男女共同参画局ホーム

した状況に対して、北米を中心としたトラウマ臨床の専門家や支援者らは、支援のセーフティーネットからこぼれ落ちる人々をいかに包摂するかという観点からアプローチを行っており、これは日本も同様である。とくに、性暴力はPTSD発症率が高いことが指摘されており (Kessler et al. 1995)、いかに早期に介入するかという観点は非常に重要である (Rothbaum et al. 2012; 小西 2017)。

もちろん、本稿はこれら包摂を軸としたアプローチの重要性を軽視するものではない。しかしここで確認しておきたいのは、なぜ支援機関にアクセスせず、アクセスした後もそれを絶ってしまうかを、そこに包摂されない人々の代わりに専門家がトラウマの言葉で語ってしまうという問題である。今野 (2018) は、支援を希求しないことが、メンタルヘルスの領域においてどのように外傷化／病理化されているかについてまとめている。それによれば、たとえば支援機関へのアクセスを躊躇させる要因の一つである「恥辱感」は、基本的にPTSDの後遺症として病いの枠組みに還元される (Clayton 2011)。また、そもそもトラウマ記憶との直面を回復の前提条件とするPTSDにあって、支援機関にアクセスしないことはそれ自体「通常の回復の失敗」(今野 2018: 21) と呼ばれるPTSDの慢性化を招く態度として捉えられている (Cahill and Foa 2007)。

このように支援機関にアクセスするか否

かを回復と結びつける枠組みにおいては、たとえ本人が何も語っていなくとも、その沈黙は「私はまだ回復していない」あるいは「私は回復に失敗した」という形で、トラウマの言語で翻訳され、いわば語らされてしまう。加えて、ここでもう一つ注目したいのは、「魂の殺人」(Miller 1980)とも表現される性暴力に関しては、トラウマ症状が医学の範囲を超え「全人的な侵害」(齋藤ほか 2019: 32) として捉えられる点である。トラウマ臨床の領域において、性暴力は身体の物理的境界へのダメージという観点から「個人の境界線の侵害」と定式化されると同時に (Burgess 1983; 藤岡 2016; 野坂・浅野 2016; 宮地 2020)、被害者個人の対人関係の結び方という点にまで議論を拡大する。これは第二節で確認した「自律性の破壊と回復の物語」とパラレルである。つまり、なぜ多くの被害者が支援機関に繋がらず、繋がったとしても受診を継続しないのかの理由として、加害者との関係を「再演」している、自他境界が曖昧であるため他者と適切で安定した距離を保つことができないといった対人関係の困難が挙げられると同時に、支援の継続によってトラウマティックな対人関係から脱却し新たな対人関係に入る方法を学ぶ必要性が強調されている (白川 2004)。

このようにみると、性暴力の(精神)医療化とも呼ぶべき現象は、トラウマという医療の言語に換言することによって——あるいはこういってよければ「病人役割

ページ, (2022年1月25日取得, https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/r02danjokan-gaiyo.pdf)

sick role」(Parsons 1951)を付与することによって——道徳的非難を免除すると同時に苦しむ人々を「病人」として保護することを可能にしたといえるだろう。しかし、なぜ語らないのかを専門家や支援者がトラウマ臨床の領域に包摂されない人々の代わりに語ろうとすることによって、かえって当該の人々に対して、PTSDという医療の枠組みを超えた新たなラベル、スティグマを付与し、別の水準の道徳の議論を再燃させているとも考えることができる。

V. 終わりに——ポストコロニアル・フェミニズムとトラウマ臨床

ここまで、本稿は北米を中心に1960年代以降活発化した女性運動と、この運動の中で生まれた性暴力のトラウマ臨床の領域とに着目し、これが切り開いた領域と残された問題について論じてきた。特に、本稿は周縁化された語りを中心に位置づけ直す運動を、(精神)医療化論との連続性において捉えることによって、そこで前提とされている「置き換え」の働き——これは読み替え、書き換え、翻訳、解説などさまざまな形式をとりうる——に注目した。そこから見てきたのは、性暴力のトラウマ臨床において立ち上がる語る主体が、まさに他者によって解釈されることによって成立しているという捻じれである。このように、性暴力被害者というアイデンティティを背負い込むことによって初めて成立する主体化は、トラウマ臨床の領域において、支援機関にアクセスした人々の代わりに語る、あるいは支援機関にアクセスしない人々や支援を受けること中断した人々の代わりに語

るという形で、人々の語りと沈黙とを——語っているのに語っていないことになる／語っていないのに語っていることになるという仕方で——ときに不可視化する。

こうした語りの剥奪／沈黙の剥奪の問題について、本稿は、ポストコロニアル・フェミニズムの思想家や研究者たちが思考してきた問題を手がかりに論じることで議論を終えることとしたい。ある抑圧的なポジションにいることを余儀なくされた人々の語りや、本人が語っているにもかかわらず語りや聞き届けられず、それによって不可視化するという問題は、ポストコロニアル・フェミニズムの思想家であるガヤトリ・C・スピヴァク (Gayatri Chakravorty Spivak) が提起した表象＝代理の問題系でもある。もちろんスピヴァクの議論は、西洋帝国主義によって進められた植民地主義の歴史というインドのローカルな文脈と不可分であり、北米やヨーロッパなどいわゆる第一世界を起源に展開されてきたトラウマケアや女性運動の議論と安易に結びつけることはできない。しかし、性暴力の(精神)医療化が可能にした「私は性暴力被害者である」という名乗りは、つねにすでにその背後の意味を読み解かれる客体としての「性暴力被害者のひとり」に「変身」する身振りであり、こういってよければ、つねにすでに抑圧された存在として一方的に眼差されるポジションに入ることでもあった。これは、〈西洋近代的な自律性を備えた専門家〉と〈自律性が損なわれた性暴力被害者〉という非対称な権力図式を前提とすることで成立するものであるともいえるだろう。

また、当事者が何も語っていないにもかかわらず、その沈黙にネガティブな意味が付与される「沈黙の剥奪」については、南アフリカや東アジアあるいは紛争地域の女性たちへの「先進国」による国際開発援助をめぐる、沈黙が一方的に克服すべき対象として表象されることの問題が提起されている。そこでの主眼は、ジェンダー平等を掲げ行われる援助において暗黙の裡に前提されている声＝エンパワメント、沈黙＝ディスエンパワメントの二項対立を問直し、沈黙を克服の対象とみなす西洋中心主義的なフェミニズムが不在化してしまう「生存」や「抵抗」の手段としての沈黙を浮き彫りにすることである (Parpart 2010)。この議論は、ジェンダー平等という理念のもと女性の地位向上を目指す運動において、被害を語り出した者を「フェミニストの戦士」とみなす一方で、何も語らない者を「沈黙の支持者」とみなしているのは誰かを問い直す (Parpart and Parashar 2019)。その背景には、こうした眼差しが国際援助の領域に持ち込まれた場合、新自由主義と重なりあいつつ、危険を顧みずみずから支援機関にアクセスした者を国家的・国際的な保護の対象とする一方で、語らない者を一方的に「落第者」とみなしかねないという問題がある (Parpart 2010: 15-17; Parpart and Parashar 2019)。

このように、被害を被害と認識し「語り出す」行為は、必ずしも普遍的に歓迎される行為ではなく、むしろそこには語り出すことに積極的な意味を、語らないことに否定的な意味を見いだすいわば強者の理論が存在している。こうした強者の眼差しは性

暴力のトラウマ臨床の場においても存在しており、たとえば被害を認識するよう働きかけることで支援機関へのアクセスを促すアプローチにおいて、そうでない女性を「自身の被害をレイプとラベリングしなかった女性 women who did not label their experience as rape」(Kahn 2004: 10) と名指すのは誰かという問題が浮かび上がる。「私は性暴力被害者である」と名乗ること、そして「あなたは性暴力被害者である」と名指すことは、単に支援機関へのアクセスを可能にする以上の問題をはらむ。それは、ある者を「性暴力被害者」という「別の名」で呼ぶことであり、こういってよければ「自らが被っているその苦難が、この言説的暴力を被ることなくしては表象されえない者の名」で呼ぶことでもあるのだ (岡 [2000] 2019: 29)。

近年、医療人類学の領域では、北米という文化的・政治的文脈と不可分な PTSD の枠組みを、その他のさまざまな地域にローカライズすることそれ自体がいかなる営みであり、どのような問題が起こりうるかが問われている (Good 1994; Young 1995; Fassin and Rechtman 2007)。しかし日本のメンタルヘルスの領域では、支援機関にアクセスしたという事実が周囲に知れ渡ることそのものが自殺行為となりうる状況——戦時下や紛争下あるいはフェミサイドが正当化された文化規範の支配する空間 (Parpart 2010) ——に必ずしも曝されていないという点において、PTSD 以外の観点から沈黙を考察する試みはほとんどなされていない。しかしながら、精神医療の言葉を通じ、沈黙を一方的に「抑圧の形」(Durie-Smith

2019: 68) と捉えるならば、そこに存在するのは強者のロジックと化したトラウマの物語ではないだろうか。なお、ポストコロナル・フェミニズムの議論が示唆しているように、もし「私は性暴力被害者である」と語り出すことが言説的暴力を介してしか表現されえない者としてのポジションを引き受けることであるならば、語り出さないこと＝沈黙は、むしろ自分で自分を表現するポジションを他者に明け渡さない身振りである可能性もあるだろう。

本稿はトラウマ臨床において性暴力被害者という社会的アイデンティティを引き受けるフェーズに潜む問題を指摘するものであったが、これはそうしたケアや治療的介入を軽視するものではない。むしろ、「語ること／語り出すこと」のみを回復と直線的

に結びつけることで、専門家が求める性暴力被害者像に同一化しない人々に対して、「回復を希求しない病者／回復に失敗した病者」というレッテルが貼られてしまう恐れを指摘するものである。こうした他者表象の図式も含め研究の主題としない限り、当事者の回復が問題となる一方で、専門家間で承認された回復を希求しない人々——自身を性暴力被害者と位置づけ、支援関係に参入し、自分自身について語るというアプローチを取らない——に対して、新たなスティグマが付与されてしまう可能性もあるだろう。しかしながら、本稿はこれらの問題を加味した上で、具体的な臨床・ケアにおけるアプローチを提示することはできなかった。この点については、今後の課題としたい。

付記

本稿は日本学術振興会科学研究費補助金(特別研究員奨励費20J12138)の成果の一部である。

参考文献

- Ades, V., Wu, S X, Rabinowitz, E., Bach, S.C., Goddard, B., Ayla, S.P. and Greene, J. 2019, "An Integrated, Trauma-Informed Care Model for Female Survivors of Sexual Violence: The Engage, Motivate, Protect, Organize, Self-Worth, Educate, Respect (EMPOWER) Clinic", *Obstetrics & Gynecology*, 133(4): pp. 803-809.
- Alford, C., 2016, *Trauma, Culture, and PTSD*, London, Palgrave Macmillan.
- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Washington D.C., American Psychiatric Press. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳, 2014, 『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院).
- Friedan, B., 1963, *Feminine Mystique*, New York, W. W. Norton.
- Bloom, S. L. and Farragher, B., 2013, *Restoring Sanctuary: A New Operating System for Trauma-Informed Systems of Care*, Oxford University Press.
- Breuer, J. and Freud, S., 1895, Studien über Hysterie, Leipzig, Deuticke. (Strachey, J., trans., 1955, *The Standard Edition of Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol.2, London, Hogarth Press.)
- Burgess, A. W., 1983, "Rape Trauma Syndrome", *Behavioral Sciences & the Law*, 1(3): pp. 97-113.
- Burgess, A. W. and Holmstrom, L. L., 1974, "Rape Trauma Syndrome", *The American Journal of Psychiatry*,

- 131(9): pp. 981-986.
- Cahill, S. P. and Foa, E. B., 2007, "Psychological theories of PTSD", In Friedman, M. J., Keane, T. M. and Resick, P. A. eds., *Handbook of PTSD: Science and practice*, New York, The Guilford Press.
- Clayton, D., 2011, "Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Sexual Assault", In Bryant-Davis, T. ed., *Surviving Sexual Violence: A Guide to Recovery and Empowerment*, Lanham, Rowman & Littlefield.
- Conrad, P. and Schneider, J. W., 1980, *Deviance & Medicalization: From Badness to Sickness, expanded ed.*, Philadelphia, Temple University Press.
- Durriesmith, D., 2019, "Negative Space and the Feminist Act of Citation; Strategic Silence and the Limits of Gendering an Unloving Discipline", In Parpart, J. L., and Parashar, S. eds., *Rethinking Silence, Voice and Agency in Contested Gendered Terrains*, London Routledge.
- Fassin, D. and Rechtman, R., 2007, *L'empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion. (Gomme, R., trans., 2009, *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood*, Princeton University Press.)
- 藤岡淳子, 2016, 「性暴力の理解と治療教育」『児童青年精神医学とその近接領域』57 巻第 3 号 : pp. 372-378.
- 藤岡淳子編, 2019, 『治療共同体実践ガイド——トラウマティックな共同体から回復の共同体へ』金剛出版.
- Good, B., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press.
- Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. eds., 1998, *Narrative Based Medicine-Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, London, BMJ Books. (斎藤清二・山本和利・岸本寛史監訳, 2001, 『ナラティブ・ベイスト・メディスン——臨床における物語りと対話』金剛出版).
- Harris, M. and Fallot, R. D. eds., 2001, *New Directions for Mental Health Services: Using Trauma Theory to Design Service Systems*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Helman, C., 2007, *Culture, Health and Illness*, London, Routledge. (辻内琢也・牛山美穂・鈴木勝己・濱雄亮監訳, 2018, 『ヘルマン医療人類学：文化・健康・病い』金剛出版).
- Herman, J., 1992, *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*, New York, Basic Books. (中井久夫訳, 2004, 『心的外傷と回復 (増補版)』みすず書房).
- Herman, J. and Hirschman, L., 1977, "Father-Daughter Incest", *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 2(4): pp.735-756.
- ホーン川嶋瑳子, 2000, 「フェミニズム理論の現在——アメリカでの展開を中心に」『ジェンダー研究』第 3 号 : pp. 43-66.
- Illich, I., 1975, *Medical Nemesis : The Expropriation of Health*, New York, Pantheon Books.
- 伊藤良子, 2015, 「＜性暴力被害にあうこと＞をめぐるパフォーマンスな語りの可能性」『女性学研究』第 22 号 : p.55-73.
- Kahn, A., 2004, "2003 Carolyn Sherif Award Address: What College Women Do and Do not Experience as Rape", *Psychology of Women Quarterly*, 28(1): pp. 9-15.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. and Nelson, C. B., 1995, "Post-Traumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, 52(12): pp.1048-1060.
- 北中淳子, 2019, 「医療人類学のナラティブ研究——その功罪と、認知症研究における今後の可能性」『ナラティブとケア』第 10 号 : pp. 11-18.
- Kirk, S. A. and Kutchins, H., 1992, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York,

Routledge.

Kleinman, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books.

Kleinman, A. and Kleinman, J., 1996, "The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times", *Daedalus*, 125(1): pp. 1-23. (坂川雅子訳, 2018, 「苦しむ人々・衝撃的な映像——現代における苦しみ of 文化的流用」『他者の苦しみへの責任——ソーシャル・サファリングを知る』みすず書房).

小林美佳, [2010] 2016, 『性犯罪被害とたたかうということ』朝日新聞出版.

小西聖子, 1995, 「犯罪被害者のカウンセリング」『犯罪と非行』第105号: pp. 102-121.

———, 2017, 「性暴力被害者への早期支援ケア」『トラウマティック・ストレス』15巻第2号: pp. 99-112.

今野理恵子, 2018, 「性暴力被害者の PTSD 症状への早期介入の有用性の研究」武蔵野大学人間科学研究科博士論文.

松嶋健, 2020, 「主語的公共空間から述語的つながりの場へ——トラウマとケアをめぐる人類学から」『臨床心理学』第12号: pp. 125-130.

Miller A., 1980, *Am Anfang war Erziehung*, Berlin, Suhrkamp Verlag. (山下公子訳, 2013, 『魂の殺人——親は子どもに何をしたか (新装版)』新曜社).

Millett, K., 1970, *Sexual Politics*, New York, Doubleday.

宮地尚子, 2005, 『トラウマの医療人類学』みすず書房.

———, 2020, 『トラウマにふれる——心的外傷の身体論的転回』金剛出版.

野坂祐子, 2010, 「性暴力被害により PTSD を呈した成人女性への曝露療法 (Prolonged-Exposure Therapy)」『学校危機とメンタルケア』第2号: pp. 28-34.

———, 2019, 『トラウマインフォームドケア：“問題行動”を捉えなおす援助の視点』日本評論社.

———, 2021, 「トラウマインフォームドケアと環状島」宮地尚子編『環状島へようこそ——トラウマのポリフォニー』日本評論社.

野坂祐子・浅野恭子, 2016, 『マイステップ——性被害を受けた子どもと支援者のための心理教育』誠信書房.

太田好信, [1998] 2010, 『トランスポジションの思想——文化人類学の再想像 (増補版)』世界思想社.

岡真理, [2000] 2019, 『彼女の正しい名前とは何か：第三世界フェミニズムの思想 (新装版)』青土社.

Parpart, J., 2010, "Choosing Silence: Rethinking Voice, Agency and Women's Empowerment", In Ryan-Flood, R. and Gill, R. eds., *Secrecy and Silence in the Research Process: Feminist Reflections*, London, Routledge.

Parpart, J. and Parashar, S., 2019, "Rethinking the Power of Silence in Insecure and Gendered Sites", In Parpart, J. and Parashar, S. eds., *Rethinking Silence, Voice and Agency in Contested Gendered Terrains*, London, Routledge.

Parsons, T., 1951, *The Social System*, New York, Free Press.

Resick, P. A. and Schnicke, M. K., 1992, "Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Victims", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5): pp. 748-756.

Rothbaum, B., Foa, E. B. and Hembree, E., 2007, *Reclaiming Your Life from a Traumatic Experience: Workbook*, Oxford University Press.

Rothbaum, B., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., Lang, D. and Houry, D., 2012, "Early Intervention May Prevent the Development of PTSD: A Randomized Pilot Civilian Study with Modified Prolonged Exposure", *Biol Psychiatry*, 72(11): pp. 957-63.

- 齋藤梓・岡本かおり・大竹裕子, 2019, 「性暴力被害が人生に与える影響と被害認識との関係——性暴力被害の支援をどう整えるべきか」『学校危機とメンタルケア』第11号: pp. 32-52.
- 白川美也子, 2004, 「性暴力被害のセクシュアリティにおよぼす影響とその回復過程」宮地尚子編『トラウマとジェンダー——臨床からの声』金剛出版.
- Sontag, S., 1966, *Against Interpretation and Other Essays*, New York, Farrar, Straus and Giroux. (高橋康也・出淵博・由良君美・海老根宏・河村錠一郎・喜志哲雄訳, 2017, 『反解釈』筑摩書房).
- , 1978, *Illness as Metaphor*, New York, Farrar, Straus and Giroux. (富山太佳夫訳, [1982] 1990, 『隠喩としての病い』みすず書房).
- , 1989, *Aids and Its Metaphor*, New York, Farrar, Straus and Giroux. (富山太佳夫訳, 1990, 『エイズとその隠喩』みすず書房).
- Shapiro, F., 2001, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, 2nd ed, New York, Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., 2014, *The Body Keeps the Score: Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*, New York, Viking Press. (柴田裕之訳, 2017, 『身体はトラウマを記録する——脳・心・体のつながりと回復のための手法』紀伊国屋書店).
- van Genneep, A., 1960, *The Rites of Passage*, London, Routledge and Kegan Paul.
- Walker, L., 1979, *Battered Woman*, New York, HarperCollins.
- 横山麻衣, 2016, 「性暴力と社会関係：個人化される困難と専門家支配」首都大学東京人文科学研究科博士論文.
- Young, A., 1995, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press.
- , 2014, From Traumatic Neurosis to Boundless Resilience. (小倉拓也訳, 2014, 「外傷神経症から限らないレジリエンスへ」『現代思想』42(8): pp. 112-135.).
- Zola, T., 1972, "Medicine as an Institution of Social Control", *Sociological Review*, 20(4): pp. 487-504.

(掲載決定日：2022年6月10日)

Abstract

To Speak and to Speak Out: Reflections on Identity in Sexual Assault and Trauma Care

Hitomi INOUE

The clinical domain of sexual assault trauma has recently emphasized the narrative approach to treatment and recovery. However, the issue of women who remain silent about their experiences has not been studied beyond the consideration of such reticence as a trauma symptom. This paper takes a new perspective on this research trend and attempts to elucidate that the object of trauma care is not necessarily the subject who speaks out but the behaviors that represent an experience to others. Such an approach also highlights the risks of the narratives of sexual assault victims being translated into the medical language of trauma and underscores the danger that the silence of victims would be assumed to stem from not accessing support institutions. Therefore, this paper illuminates the possibility that remaining silent is not necessarily a negative stance; it is, rather, another legitimate way of self-expression.

Keywords

sexual assault, trauma, narrative, identity, medicalization

