



Title	子どもたちの「生きづらさ」を考える : 児童精神医学の視点から
Author(s)	田中, 康雄; TANAKA, Yasuo
Citation	子ども発達臨床研究, 1, 3-10
Issue Date	2007-03-30
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/20563
Type	departmental bulletin paper
File Information	TANAKA.pdf



子どもたちの「生きづらさ」を考える：児童精神医学の視点から

田 中 康 雄

Pain of living and value of living:
Through the position of child psychiatrist

Yasuo TANAKA

要 旨

児童精神科医の視点から子どもたちの生きづらさについて、考察した。

生きづらさを問いつけるためには、生きるということ、さらには「豊かに生きる」ということを思索する必要がある。その意味で、生きがい感を持ちながら「生きる」ということを総括し、精神医学全体がもつ不確実性について言及した。故に近年問題視される発達障害という定義について、より熟考する必要があることも強調した。

実際の子どもたちが抱える「生きづらさ」について提示しながら、解決に向け試みた。結果として、根源的にある、他者の意識について推量する想像力を行使することで、異質な他者を排除せず、認めあう自由を相互に手に入れることができるための「思いやり」の重要性を指摘した。

子ども発達臨床研究センターが、学際的に分野横断性と当事者性とをバランスよく持ち続け、鳥の目と蟻の目をもって、現在の社会情況に向き合える機能を持つことに期待したい。

キーワード：生きづらさ 生きがい 平等 自由 精神医学

1. はじめに

教育学研究科付属子ども発達臨床研究センターとは、北大ホームページの紹介文を借用すると、「子どもの発達障害を中心としつつも、それに限定しない教育や生活にさまざまな困難を抱えた子どもや家族の援助研究に関する領域を扱い、国内外の研究拠点となることを目指す」機関である。

この原稿の基礎となるものは、2006年12月15日に開催された「センター発足記念学内シンポジ

ウム」で発表したものであるが、当日は多くの事例を示しながら、子どもの生きづらさについての検討を加えた。

公に開示するにあたり、事例を削除して記述していることと、当日展開した内容と幾分異なる内容になっていることを、はじめにお詫びし、お断りしておく。

2. 生きづらさと生きるということ

共通テーマとして提示された「生きづらさ」という言葉は、その形では、手持ちの国語辞典に掲載なく、類語、シソーラス辞典にも無かった。代わりに、生きるという言葉が「生きる」という項目と、「役立つ」、「助かる」という項目で記述されている。

この「生きる」という文言は、明鏡(2003)によれば、1) 生物が生命を維持してこの世にある 2) 生物が生命を維持して、生活を営む。また人がある精神的態度をもって人生に対処する、暮らす 3) そこを舞台として人生を送る 4) 価値あるものとして、そこに精魂を傾けた人生を送る 5) 生き生きとして存在する、有効に働いて役に立つ、などと記載されている。

「づらい」とは、これも明鏡によれば、動詞の連用形に付いて複合語を作る、とあり、その動作をすることが困難である意を表す、とある。

ということであれば、「生きづらさ」とは、上述した1) から5) などの動作をすることが困難であるという意味となる。即ち、生命そのものを維持してこの世にあることや、生活を営むこと自体が困難であること、さらに生き生きと存在し、役立つ働きを示すことが困難であるということの意味する。つまり、この言葉は、存在そのものの困難さから、(存在)価値や思いを維持することへと、その困難さが連なり、深刻さも次第に心の問題へと言及されていることがわかる。その意味で、この言葉は、社会における個々の主観的判断が影響している。

生きづらさを問い考えるということは、反面、生きるということ、さらには「豊かに生きる」ということを思索する必要があることの暗示と言えないだろうか。

本来、生とは、まず無条件に与えられたものである。子ども時代、親に叱られたとき「生まれて来なくて、生まれたんじゃない」という際どいセリフを吐いて、親を一時閉口させた経験は、それほど稀ではないかもしれない。実際に、私たちは

自らの意志で生まれてきたのではない。そこに意味を持たせるのが、「生きがい」という言葉である。これは、より直接的には「生きる意味」とも表現されよう。Franklの言葉を借りると「人間は意味への意志によって最も深く支配」されているということ(山田、1999)であり、自分の人生をできるだけ意味のある人生にしたいという欲求を持つことが人間の人間たる所以となる。故に、「づらさ」を感じるのもまた人間であり、そこに重き負担を考えるのである。

精神医療に身を置き仕事をしてきた筆者にとって、かつての統合失調症のある方々と、そして今は発達障害のある子どもたちとその養育・関係者達との臨床経験は、常にできるだけ日常の生活支援に近づけたいと思うほどに、純粹な喜びが生じる。それは筆者が「づらさ」に直面したとき峙立する「生きがい」といえよう。神谷(1980)も述べるように「人間が最も生きがいを感じるのは、自分がしたいと思うことと義務とが一致したとき」だと述べている。さらに筆者は、その支援に奔走している時、多くの仲間たちと一緒に生きている、という瞬間瞬間に喜びとともに生きがいをも実感する。島崎(1974)も生きるとは、まず「人とともに地上に生きる」こと、と端的に述べ、仲間と一緒に生きて「いる」という土台がずっしりと坐っていないとはいけないと力説した。それがあって初めて、生活を自ら築く前向きさが生起されるという。

この「前向き」というニュアンスを、神谷(1980)は、「生きがい感には幸福感の場合よりも一層はつきりと未来にむかう心の姿勢」があると述べている。将来への希望によって、今の大変さも耐えられるだけでなく、苦労も喜びになるという視点である。さらに神谷は、生きがい感には意識、無意識に関係なく、価値の認識が含まれる、という。人生に意味を持たせたいがために、われわれは、そこにどのような価値があるかを検閲し続ける。いわゆる「かけがえのない存在」という価値による位置づけである。それが自尊感情を高め、克己心を形成していくことになるのであろうか。吉野

(1982)の著した「君たちはどう生きるか」では、著者は中学2年生の通称コペルくんに対して、子どものうちは言われたとおり教えられたとおりに行動することが良いことであっても、成長とともにそれではいけないと評する。「肝心なことは、世間の眼よりも何よりも、君自身がまず、人間の立派さがどこにあるのか、それを本当に君の魂で知ることだ」と説く。

ここに至り、筆者は、生きづらさとは生きがいの獲得の躓きと同義であると考え、生きづらさを考え、そこからの脱却を検討するということは、生きがい感を持ちながら生きる、すなわち「豊かに生きる」という喜望峰を立てることに繋がるだろう。

ここで、生きがい感を持ちながら「生きる」ということを、筆者は、1)そもそも自分の人生をできるだけ意味のある人生にしたいという前向きな欲求があること、将来への夢を抱きながら未来を信じ続ける力があること、2)自分自身が他者と共に生きている、ともに存在しあっているという保証に満ちた実感があること、3)それは、自尊感情をよりよく育むため、周囲から「かけがえのない存在」と認知されていること、4)しかし、いずれはその評価から脱皮し、信じる自分の判断によりひとりで、未来に向かって歩むこと、であると総括しておきたい。

3. (精神) 医学に求められる変化

生きがい感を持ちながら「生きる」ことが阻害される条件としては、社会的差別、貧困、偏見に彩られた病、無知からの誤解などがあるのか。

精神医学は、そのなかでも多くの誤解と不幸を招いてきた学問領域である。19世紀前後の状況については、精神科医である Kraepelin (1977) が、「多くが無頼の徒、浮浪人または刑事犯罪人としてひとに捕らえられ、その扱ひ手が遠慮無用を常としていた。他の者たちは、乞食あるいは無害の阿呆者(狂人)として世間の人の慈悲により、みじめながら口に糊していた。興奮して、厄介とか、

危険とかの者は、とらえられて自家の小部屋か畜舎、“気狂い箱”、檻などのほか、かれらを幽閉して危害をなくすによさそうな、どこかの牢舎に監置された」と述べたように、著しい悲惨さをもっていた。Kraepelinはこの悲惨さを招いたのは、精神病は治らない、という考えかたと、精神病が一般に個人的な愚行とか、卑劣さの結果であるという考えに依ると看破した。

これを打破したのが、医学モデルからの「治療論」であったが、治療的情熱は、その時々社会・経済体制の動向と、それに伴った時代思潮に起因して増減する。19世紀後半から衰退した治療的情熱は、学問として、あるいは「大学精神医学」の台頭を生んだ。研究成果がその研究を行った人々の日々の実際の活動になら直接の関係をもっていないということが、大きな課題となり、1960～70年代に世界を席卷した「反精神医学」が誕生した。

狂気は存在する。しかし、それは疾患ではない。精神科医は、単なる神話に過ぎない精神疾患というレッテルを貼って、治療の名のもとに狂気の人々の自由を奪い取り、精神病院と称する“強制収容所”に隔離・監禁して、体制権力の手先として役割を果たしている、というのが、当時の反精神医学の主張であった(秋元、1976)。この動きは在る意味で大学精神医学を覚醒させ、同時に台頭してきた向精神薬の登場により、一気に生物学的精神医学へと歩を進めた。Kraepelinに次ぐ、「Neo-Kraepelinism」の旗印の下「医学モデルによる治療論」が誕生した。マニュアル的診断基準や、治療ガイドラインといった一定の規律的管理と対応という課題はあるが、その一方で精神分裂病という名称が2002年に統合失調症へと変更されたことに象徴されるような、いわゆる脱スティグマの黎明と呼べる可能性をも垣間見ることができる。しかし、これらを諸手を挙げて喜べるほど、日常は楽観的ではない、と思う。

いずれにしても、精神あるいは脳に起因した見えにくい課題については、在る意味強く糾弾されようとも、科学的に明確な反論が出来ず、しかし、その糾弾に対する反論への反論も、正確さを欠く

という状況を醸し出す。それが、古来からのこの分野における悩ましきであり、ゆえに、学際的な検討に曝され続けてきた歴史があるのであろう。

これらを敷衍する意味で、2つの視点を表記しておきたい。

一つは、主観的に存在しにくい精神医学に対して、生活感だけは主観的に検討できる、ということで、障害観にICFモデルを重視することである。周知のように、ICFモデルとは、WHOが人間の生活機能と障害を記述する「共通言語」として2001年に発表した「国際生活機能分類 (ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)」である。佐藤(2005)は、特にマイナスだけでなく、プラスの面に注目すること、機能だけではなく、活動と参加が注目されていること、自分自身の評価や社会内の位置づけにおける主体、主観の次元を大切にしている、といったことを特徴の一部として挙げている。

すでに、岩井(1980)も、「個人の状態を究めることで病因を明らかにしようと努力してきた精神医学(病理学)は、個人に関わりながらも、なおかつ個人を越える現象にまで病因を求めざるを得ない状況に追い込まれてきた」と述べ、生物-心理-社会的統合モデルの重要性について触れていた。

今回の子どもにおける「生きづらさ」を考えるとき、こうした環境状況、あるいは社会的評価、時代的価値観といった事柄は、まったく無関係ではないだろう。

岩井は「その個人が存在する場である社会が、いかに病むかということが新たな問題としてクローズアップされてきた」と言を続けた。

ここで簡単に、精神医学分野において、社会・文化的関わりのなかで浮上してきた臨床特性を概括してみると、かつての精神科的病態の変化として、統合失調症の軽症化、軽症あるいは非適応的要素の強いうつ状態(気分障害)の台頭、人格障害のあいまいさと目立ちにくさ、といった事柄があり、さらに、社会・文化的状況に歪みを反映する病態への医療的関与が強く要請されてきたこと

が挙げられる。その分野としては、不登校、ひきこもりといった社会への参加のしにくさへの医療的関与の要求、次いで性衝動、ストーカー行為、深夜徘徊などの非行、あるいは青少年の薬物、たばこ、アルコール依存・濫用といった非社会的行為への医療的関与、さらにいじめ問題や時に派生して認められる自殺行動や自傷行為といった自分自身への攻撃性のヒートアップ現象、および対極に位置するかのような、傷害あるいは殺人に至る少年犯罪問題への関心の高さなどである。最後に、われわれ子ども発達臨床研究センターが研究テーマの一つに置く、発達障害のある子どもたちに認められる「生きづらさ」への支援、および関連する課題としての虐待・ネグレクトなどの養育状況への介入といった分野に、医学モデル的関与が強く求められてきている。これは、医療側の思い上がりではなく、実際に2007年から全国展開する予定の特別支援教育という学校教育現場に対する、臨床心理士や医師の介入要請の多さからも伺える。

もう一つの視点は、こうした異境の介入がもたらす利点と欠点における見通しについてである。

学校現場にスクールカウンセラーという異職種が登場したときに、有形無形の混乱が生じた。ひとしきり取りまわりつつあり現状のなかで、さらに異職種が、より明快な障害概念を教育現場に運び検討しようとしている。それが、発達障害の世界であるように、筆者には思われる。

教育の原点については多くの見識、意見があると思われるが、そのなかの一人、林(1991)は「教育というものは、教師の力で子どもを変えることじゃないんです。子どもの中には生命があって、生命というものはふだんに自分を成長させ、自分を変化させる力であるわけですね。そういう力が働く場所を用意することが教育なんです」と述べている。その子にある応分の力を引き出すことで、それ以上でもそれ以下でもない、という。

一方で、医療はFox(2003)がいみじくも述べたように、診断、治療的行為は「不確実性」のなかで行われ、時に科学的魔術性に依存し、偶然に

賭け、不条理な状況に抗うが、それらは、「病いの人とケアする人がともに苦境にあるという感覚を持っている」ことを逆説的に露わにしているといえる。医療は道徳的にも実存的にも切実であり、医療行為はどのような些細な言動であっても、患者を巻き込んでいるという自覚を求める。科学的な視点がそのなかに求められようが、「患者や家族や医療専門職自身の人間の条件——最深層の部分にあるかれらの目標・希望・課題達成、そして最も深い苦悩・不安・恐れ——が交錯している」という (Fox, 2003)。

ここにおいて、筆者の立つ位置は教育と医療に融合する。そしてその哲学は、「患者と家族の期待と信頼に応え続けようとする」とを医療行為とよび、その「裏切りの実践を反精神医学」と呼ぶ秋元 (1976) の主張に依拠する。

4. 生きづらい子どもたち

上述してきたように、生きづらさとは、生きがい感を持ちながら生きる、すなわち「豊かに生きる」ことへの困難さである。

児童精神医学的見地でそれらを検討するとき、生物—心理—社会的統合モデルに立って、期待と信頼に応え続けることが出来るか否かを、2つの舞台から子どもたちと検討していきたい。

(1) 家庭・家族

出産は、単に家族が増えるということではなく、新しい生命の誕生を意味する。多くの親はまずは元気に生まれたことを喜び、微笑みを見ると喜び、寝顔を見ては喜び、這えば立て、立てば歩めの親心状態になる。しかし、その一方で思うように育たない子どもに声を荒げ、手を出してしまうことに悩みながら、それでも叱り続けてしまう養育者もいる。

養育者の示す言動から不適切な養育 (Maltreatment) と判断することは可能でもあるが、育てにくい子どものなかに、生来的な発達アンバランスを持っている子どもがいる場合もある。これ

を単純に「虐待」と呼ぶべきではなく、子どもにある発達障害自体が、養育者との心の繋がり（あるいは育ち—育てられる良好な関係性）を弱めてしまうか、捻れた繋がり（つまり悪しき育ち—育てられる関係性）を生成してしまっているか、あるいは不安定な関係が子どもにある発達障害をより複雑にする場合や、不適切な養育自体が子どもの育ちを歪めてしまう場合という理解に立って、支援策を検討するべきである。

最近、乳幼児に関わる専門職の方々が「発達障害」について熱心に学び、経験を積んでいる。なにかしら課題があると判断すると、時に急いで養育者に専門的判断を仰ぐように勧めることも少なくない。いくら善意からの働きかけであっても、養育者は驚き、あるいは深刻に落ち込むことも少なくない。内心どこかが違うと思いつつも、発達における課題と結びつけずにいる養育者もいる。いずれ追いつくと考えている養育者は少なくない。そして、両者にとって残酷なことに、このいづれという未来における判断は、常に不確実であり、勝者は一定ではない。

普遍的なことは、子どもの責任は生み育てる母親にある、という慣習的評価に曝されやすいという点であり、自分自身を追い詰めてしまいやすいという状況である。愚痴をこぼそうにも、「それはあなたの子育ての仕方」という評価が下されるのではと思うと、なかなか他者に伝えられない。これはかつて Benedict (1967) が抽出した恥の文化という日本人の心性とも重なる。

(2) 保育・教育

最近、発達障害のある子どもが自分たちのクラスの同級生となるか否かで、排除論がでた、ということを知ったことがある。そこまですらなくても、クラスを代わったという助言を、疎外感や排除と感じて気持ちが沈み込んだという養育者の話はよく聞く。筆者は、昔地域に知的障害の方々の施設や精神病院を建てようとしたとき、地域住民からの激しい反対運動があったという話を聞いたことを思い出した。元来私たちに、

異質なもの、あるいは危険性の在るものを排除する、というような視点があるのではないだろうか。Schmitt (1972) も「民主主義の本質は、第一に同質性ということ、第二に異質なものの排除ないし絶滅」であると述べている。突然他児を叩くなどの乱暴な言動を示す子どもは、発達障害の有無に関わらず、わが子と同じクラスにならないことを祈る養育者がいたとき、筆者はそれを単純に非難できない。排除の論理を当てはめないで検討しても、そこにあるのは、「乱暴な他児からわが子を護るための運動」という理解も可能である。ここにあるのは、唯一「共に悩み考える」という連帯的な社会の不在、連帯的な関心の低さである。

学校現場では、逆に「なにもしないなら受け入れる」ことを主張する場合がある。診断が付けば対応できます、という学校長の言葉や、教室を出て行くことさえなければ、通常学級で大丈夫です、という言動を実際に聞くことがある。佐藤(2001)によれば、Schön は専門家を、患者が苦闘している泥沼を山の頂から見下ろす特権的な存在に留まる古い専門家と、その泥沼を引き受けて患者とともに格闘する新しい専門家に二分し、前者を技術的合理性にもとづく技術的熟達者とし、後者を行為の中の省察に基づく反省的实践家と提示した、という。筆者は、今こそ、教育者としての反省的实践を願う。これは前述した林の言とも重なる。「教室から出て行くか否か」は、今後の教育の目的に対して、もっとも大きなものであろうか。浜田(2006)は「手持ちの力を使い、いまのできなさを引き受けて、なんとかやりくりしながら、自分の最大限をそのつど生きていく中で初めて、次の力が伸びてくる」のが子どもたちであり、その伸びていくことすらも目標とせず、あくまでも、結果として捉えるべきであると述べた。

現場の教諭の正直さと誠実さは認めるが、と同時に、前述した医学モデルの跋扈を憂う。こうした環境状況を無視した、「医学モデルによる模範的かつ極端な理解のみによる対応」の普及に、教諭から「考える能力を喪失」させた原因を考えてみる。ひとつは、「(発達障害とは) わからないもの

であるので、専門家がそういうのであれば」という盲信、ひとつは、「専門家の言うとおりにしないで、なにか問題が生じたら大変」という保身、あるいは責任回避、最後は、現代社会が強く勧める「急ぐ結果主義」で、子どもの日々の変化成長に「ゆとり」をもって付き合うことが忌避される風潮ではないかと思う。

対人関係を成立させるには、その人との対話と付き合いから「その人理解」を個々にしていかなければ、無理ではないだろうか。日常のよりよい対応とは、助言者の言葉や医学的知識に束縛されることなく、その子に寄り添うことではないだろうか。津守(1997)も、「それが必要だという理由でつきあっているとき」は心底子どもと楽しめず、「ともにいるそのときをゆっくりとたのしんで過ごすときにはじめて子どもと心を通わせることができる」と述べている。もっとも近くで関わっている者の自負の向上と、自信を支える組織構造、そして、子どもの育ちに当然かかる時間的出費を浪費と評価しない、自他の承認が求められよう。

時に子どもが激しい叱責を受けた場面に遭遇したことがある。忘れ物が多い、という不注意さを障害特性として持っている子どもを前に、教師が大声で怒鳴っていた。やや離れたところにいた筆者も、震えたほどである。

確かに「忘れ物」はしないほうがよい。忘れ物をしやすい子どもは、それを急いで矯正してあげようと思うのも、よくわかる。しかし、障害の壁は高く厚い。情熱と大声だけでは残念ながら凌駕出来ない。それ以上に、障害がある場合、過度に早い自立を促し、なおかつ適度な依存を許容しない風潮を感じ取るのは、筆者だけであろうか。さらに「この子は教師である私の言うことを聞かないことが多いのですが、それは発達障害からでしょうか、ただのわがままなのでしょうか」という問いかけを、筆者は最近よく受ける。発言者は続けて「発達障害なら仕方ないかと思えます。わがままなら許すわけにいかないので厳しく対応したいのです。その違いを見極める方法がありますか」と真剣な表情で語る。

いつから、発達のお躓きという現象と個々の感情の発露は二律背反したのだろうか。

発達障害のあるニキ・リンコ (2000) は、「障害を持って生まれながら、何も知らず、健常児として育つ」ことに、二重の屈辱があるという。ひとつは「人と同じことができないのに、理由がわからないので、自分のせいだと思ってしまう」屈辱で、もうひとつは「みんなとの能力の差を埋めようとせっかく自分で工夫しても、不自然だ、ごまかした、卑怯だと思こんでしまう」屈辱であるという。

私たちの側に近づけようという傲慢さのまえに、この言葉に向き合う必要はないだろうか。

5. 今一度、生きづらさを考える

生物学的存在として「生きる」あるいは「生かされる」ときに、肯定的意味を持たせたのが「生きがい」とすると、前述したように、他者と共に生きているという実感と未来を前向きに信じ続ける力を持ってほしいと思う。他者と共に生きるなかで、周囲から「かけがえのない存在」と認知される存在であってほしい。いづれ育ちの過程で周囲の評価から脱皮し、信じる自分の判断により、ひとりで未来に向かって歩んで欲しいと願う。そのために出来ることはあるだろうか。

医療者の立場で若干考えてみると、子どもに関わる逸脱の医療化への冷静な対応であるといえよう。Conradら(1992)は、社会における子どもの地位と、子どもの問題に対してわれわれが向ける注意と反応により、逸脱の医療化が生起した、という。

軽度発達障害について、宮崎(2004)は、「きわめてあいまいな概念であるにもかかわらず、国を挙げて専門家をして診断名をつけさせ、生活や一生を縛りつけていく」と述べ「時にその診断が犯罪的行為につながることもなりかねない」と苦言を呈し「人間に対する恐れ的心を謙虚に持つべき」と結んでいる。しかし、これは「障害はない」というかつての反精神医学に準拠した論ではなく、

増やされている、あるいは「障害児化」が進んでいるという警鐘として捉えておきたい。その意味では筆者も同意に近い立場にいる。子どもは、本来常に配慮ある個々に応じた養育と指示、社会的ルールをきちんと丁寧に教え伝えられるべき存在である。Rousseau(1962)の言うように、子どもたちは「弱い者として生まれ」、「なにも持たずに生まれ」、「分別を持たずに生まれ」たので、力と助けと判断力が求められるのである。そしてそのためには、医療が第一義的に求められるべきでなく、広義の「教育」が渴望されている。

そもそも問題とされる発達障害という定義についても、より熟考する必要がある。どのような発達の躓きを障害と呼ぶのか、そもそも発達とはなにを意味しているのか、もっと議論すべきである。鯨岡は、発達を個体能力の枠組みでなく、関係発達の枠組みで見えていくべきと主張し、発達とは「人間の一生涯にわたる身・知・心の面に現れてくる成長・変容の経過」と定義づけた(鯨岡、2005)。そのうえで障害とは、「その成長・変容の過程において、身・知・心の面に通常とはことなる何らかの負の様相が現れ、しかもそれが一過性に消退せずに、その後の成長・変容に何らかの影響を持続的に及ぼすこと」であると述べた。鯨岡の述べる持続する負の様相とは、古典的で教科書的な発達段階からの逸脱を意味しているのではなく、関係性、あるいは文化的営みという状況を見無視しては評価できないものである。

「生きるという現実には、部分的には、知の管理と権力の介入の場に移る」という Foucault(1986)の言葉にあるように、障害の存在は、特別な支援と福祉と自立の請求に(過度に)曝され続ける。だからこそ筆者は、そこにある個人の課題のように取り上げられる課題を個人に還元するのではなく、常に時代的、思想的に、社会的に彩られ浮上する課題、という理解に立つ。これは、「何が問題なのか」という個人へ向けるまなざしを、「なぜ問題に見えるのか、誰にとっての問題なのか」という関係性に視点を転回することを意味する(石黒、1998)。

6. おわりにかえて

Luxemburg (1962) の求めた「異なる考えをもつ人の自由」という民主主義をボトムアップの視点とすると、この市民的情緒（コミュニティ）を支持するシステムが求められる。筆者は、自然が与えるあらゆる差異＝不平等を越えて、人間のあいだに平等を創設することが重要事項となるが、人は契約によって平等になると説いた Rousseau (2001) に注目する。契約による平等が生み出されることと、異なる考えを持つ人の自由を両立させる社会の創造が、これからの私たちに与えられた課題となる。

最後に、発達障害がこれほどまでに顕在化して議論されねばならないという事実について考え続けようと、筆者はシュプレヒコールを送る。非対称的で差異、不平等として顕在化させた社会的責任と、解体された共同体（連携システム）のなかで進行している個人化への移行（転嫁）が隠されている、と。

私たちは、他者の意識について推量する想像力があることで、初めて異質な他者を排除せず、認めあう自由を相互に手に入れることができる。されば陳腐な表現であるが、思いやりこそが、よりよい関係性を創出するといえないだろうか。改組され発足した子ども発達臨床研究センターが、学際的・分野横断性と当事者性とをバランスよく持ち続け、鳥の目と蟻の目をもって、現在の社会情況に向き合えればと願う。

私たちは、今ここで共有するプリンシプル（白州、2006）を立ち上げていくことができるだろうか。

文 献

秋元波留夫 (1976)：精神医学と反精神医学，金剛出版。
 Benedict (1967)：「菊と刀一定訳」長谷川松治訳，社会思想社。
 Conrad (2003)：逸脱と医療化（進藤雄三監訳），ミネルヴァ

書房。
 Foucault (1986)：「知への意志」渡辺守章訳，新潮社。
 Fox (2003)：生命倫理をみつめて，（中野真紀子訳）みすず書房。
 浜田寿美男 (2006)：「発達支援の本来はどこにあるのか」『教育と医学』635，404-411。
 林 竹二 (1991) 教育の根底にあるもの，径書房。
 石黒広昭 (1998)：心理学を実践から遠ざけるもの 個体能力主義の興隆と破綻（心理学と教育実践の間で，東京大学出版会，p 103-156）。
 岩井 寛 (1980)：まえがき，臨床社会病理学の理論（現代臨床社会病理学，岩崎学術出版社，p 1-36）。
 神谷美恵子 (1980)：生きがいについて（著作集1），みすず書房。
 鯨岡 峻 (2006)：「発達障害とは何か——関係発達の視点による「軽度」の再検討」『現代のエスプリ』474，122-128。
 Kraepelin (1977)：精神医学百年史，岡不二郎，山鼻康弘訳，金剛出版。
 Luxemburg (1962)：「ロシア革命」『ローザ・ルクセンブルグ選集4』，清水幾太郎訳，現代思潮社，255-256。
 明鏡 国語辞典 (203)：いきる (p 85)，つらい (p 1097)。
 宮崎隆太郎 (2004)：増やされる障害児「LD・ADHDと特別支援教育」の本質，明石書店。
 ニキ・リンコ (2000)：「訳者あとがき」グニラ・ガーランド著『ずっと「普通」になりたかった』，花風社，281-286。
 Rousseau (1962)：エミール(上)，今野一雄訳，岩波文庫。
 Rousseau (2001)：不平等論 その起源と根拠，戸部松実訳，国書刊行会。
 佐藤久夫 (2005)：ICFの活用に向けて ICF活用の重要性（ICF活用の試み，国立特殊教育総合研究所，p 6-16）。
 佐藤 学 (2001)：「訳者序文 専門家像の転換——反省的実践家へ」『専門家の知恵』佐藤 学，秋田喜代美訳，ゆるみ出版，1-11。
 島崎敏樹 (1974)：生きるとは何か，岩波新書。
 Schmitt (1972)：「現代議会主義の精神的地位」稲葉素之訳，みすず書房。
 白州次郎 (2006)：「プリンシプルのない日本」新潮文庫。
 津守 真 (1997)：「保育者の地平——私的体験から普遍に向けて」，ミネルヴァ書房。
 山田邦男 (1999)：生きる意味への問い——V. E. フランクをめぐって——，佼成出版。
 吉野源三郎 (1982)：君たちはどう生きるか，岩波文庫。