

「生きにくさを抱える子どもたちと家族を支える」

～自傷、薬物、いじめなどを考える～

こころとそだちのクリニックむすびめ

ミネルバ病院 三恵病院

田中 康雄

どうも、田中と言います。まずは丁寧なご紹介ありがとうございました。そして、今日は会場に足を運ぶことができずに、このような対応で申し訳ございません。頂いたテーマに沿って、限られた時間でもありますので、非常にアウトラインになってしまいますが話をしていこうと思います。

今日、取り上げる事柄は、最初、多くの方がご挨拶をさせていただいた中にもお言葉がありました、過量服用の件とか不登校の件とかイジメの件ですね。一つ一つとても大きな問題だと思うのですが、時間に限りがあるので本当にアウトラインという事になりますが、この5つの事について話をしていこうと思っています。

まず不登校についてです。不登校については多くの方が研究をされておりますが、その中の一人の、精神科医の滝川一廣先生によれば、不登校というのは児童・生徒が学校を長期に休み、それを巡って何らかの葛藤が生じている状況。いわゆる、「学校へ行きたい。でも行けない」あるいは、「行くと凄く辛いことが起きる」あるいは、「先生方と上手くやりたい。でも上手くいかない」のような葛藤が生じている状況を総称するものです。休む理由とか背景というのは多岐にわたるもので、それを限定することは致しませんが、いわゆる病欠、今でいえばインフルエンザとかコロナといった、そういった病欠以外の長期欠席に限ります。不登校というのは診断名ではございません。その昔、言われていた登校拒否、あるいは学校恐怖症、そういった名称がありましたけれども、それら全ていわゆる診断名ではございません。非常に多様性に彩られているものです。不登校というのは、社会・学校・家庭などからすると、学校・学級という小さな社会状況に対して、生徒が示す不適応行動の一つだろうというふうに理解されていることが多いかなと思いますが、生徒一人ひとり、子供たちからすると、そういった社会状況に対して生徒が自己決定した主体的な行動の一つなんですね。なので、この主体的な行動を取れたということは、その子にとってのある意味で成長でもあるので、そこは評価して頂けたらというふうに思います。今日は、おそらく最後の過量服用、或いは、発達の問題まで含めて、本人からみた行動が実は本人を助けている、本人を救っていることを先生方にご理解していただけたらな、というふうに思っております。しかし、問題は、この不登校を示す子供の割合がここ4年で非常に増えているということです。小学校は0.7%から1.7%に。中学校に至っては3.7%から6%に増えています。高等学校の不登校の割合と言うのは、1.6、1.4、2%ということですが、中途退学はまあまあ常に1.4%ぐらいおられるんですね。昨今、マスコミでも学校に行けない、行かない子供たち、不登校

の問題というのは大きなテーマになっているだろうというふうに思います。じゃあ、現象としてどんなことが起きるのか。不登校というのは、学校を舞台とした対人関係の失敗だというふうに我々は考えている訳です。彼らが、その学校という場所の中で人間関係を円滑に構築することに何かしらの躓きを感じている。そして、その失敗という不適應に対してなんとか自分で自己防衛しようとする。その自己防衛の最初は身体の不定愁訴であり、所謂、お腹が痛いとか、頭が痛いとか。また、行動の変化ですね。部屋から出てこないとか、その果てに休息としての、所謂、有給休暇としての登校しぶりが出てくるわけです。しかし、登校しぶりくらいではなかなか心身が安定しない、解決しないということで、元々は、対人関係の躓きをいかに改善するかですから、そこが解決していかないということで不安感とか増大していくわけです。この対人関係の失敗から学校に行きづらくなっているということの状況を促進するという部分の課題としては、「学校には行かなきゃならない」という登校の義務感ですね。滝川が昔言っていたのですけども、「我々大人は、有給休暇も取りながら適当に休めるのに、子どもたちは皆勤賞と言われるくらい100%学校に行く。この、行き続ける努力というのはどこから出てくるのだろう」というくらい、義務感というものは強いものなんです。ね。「たまに休んでもいいんじゃないか」ということは、現場の先生方はまず言ったことがないんじゃないかなと思うんです。僕は、外来に来る子どもたちについては、「月に1回くらい休んだら」とか、先週会ったお子さんには「週1回休んだらいいよ」というふうにお伝えする。この登校の義務感が、いわゆるプレッシャーになっている。そして周囲からの重圧。「行かねばならない」「将来への不安」ですね。「今、ここから逃げてしまったら、この先道がないよ」というような将来への不安です。そして、それが上手く行かないことに対しての罪の意識。みんなが出来ているのに自分だけ出来ない劣等感。そして、焦り。そして、小学校4年・5年ぐらいから中学にかけては、「行かなければどんどんどんどん勉強が遅れてしまう」という学習の評価に対する焦り。そして、そこに隠れている問題としての発達の躓き。発達障害という問題。これらがあることによって解決しない不安・葛藤が増大していくというこのプロセスが進んでいく。そうすると、精神科の外来に訪れる子どもたちというのが、学校に行かないというだけではなかなか来ないで、他に様々な精神的な葛藤を出すわけですね。それは抑うつ症状であったり、無気力であったり、脅迫的なこだわりであったり、学校が怖いという恐怖症状であったり。或いは、行動化を起こすという意味では、暴力的になったり、反発をしたり、部屋に引きこもっていたり。この先お話するであろうリストカット、自傷行為、或いは過量服用。あつてはならない自殺の問題。そのようなことが起きて来るわけです。こういった不登校の背景を精神科的に見立てるという部分では、所謂、神経症と言われている問題から、昨今は睡眠覚醒障害と言われている睡眠のリズムの問題。起きようとしても起きれない。昼夜が逆転する。或いは、一日のリズムが24時間で構成されていないので、起きる時間が段々段々遅くなっていく、といったような睡眠の問題ですね。そして、精神病の問題。そして、発達障害の問題。これを今は、神経発達症というふうに呼んでおりますが。これらの精神的な症状群に加え、精神疾患が名付けられない、所謂、診

断がつかない子どもたちも当然不登校を呈してるわけです。しかし、仮に例えば、神経症「不安なんです」とか。所謂、身体表現性障害「お腹が痛い」とか「頭が痛い」とか。朝が起きれない起立性調節障害とか。過敏性腸症候群とか。或いは、睡眠覚醒障害とか。そういった、仮に診断が付くことで、固有にある治療が活用できること。そして、「自分が駄目な人間だから学校に行かないんだ」といったようなこととか、劣等感とか罪責感とか自責感とか、或いは、「子供を学校に行かせる力がない」ということで落ち込んでいる親御さんのお気持ちとか。或いは、先生方が「自分がどうも生徒に嫌われているんじゃないか。認められていないんじゃないだろうか」といった、先生に生じる落ち込み、罪の意識。こういったことが外在化されるんですよ。診断化することによって一時的に皆がちょっとホッとする。そして、その中のホッとした時間を使って本人や家族、周囲の情緒的な安泰が図れる、ということがあるので多少医療化する意味はあるということなんです。

齋藤万比古は、不登校という部分を3つの分類に試みたようです。所謂、お子さんによっては非常に過剰適応してしまう。頑張っ、背伸びをして、やせ我慢をしてしまう。内面の欲求が敏感さを隠してしまう。非常に高い自己像があったりする。イメージが凄くしっかりしている。そして、比較的優秀な生徒である、ということですよ。このようなことで過剰適応してしまう。以前、診ていたお子さんは、先生が非常に「君は生徒の模範になるんだから」ということを言われて、一生懸命模範になるように頑張っていたら力尽きてしまった、というふうに言います。

受け身型、受動型というのは、消極的で仲間や環境に圧倒されてするわけですね。回避的、或いは不登校を呈す。しかし、そこに内的な怒りがあったり、無気力になっていることもあります。自己評価が低かったり、自信が無かったりするわけですよ。

3つ目は、最後に述べる発達性トラウマが隠れているような、或いは、発達の何かしらの躓きがあるようなタイプの方に多く認められる攻撃性とか、衝動コントロールが上手くいかない衝動統制未熟型というふうに齋藤は名付けました。そして、これらが混ざり合っている部分、混合型というんですよ。こんなにしっかりと綺麗に分かれる訳ではないのですが、不登校を示したお子さんの中に、何かこういう傾向が強いなあと思ったときの対応がそれぞれ違ってくるものですから、それらはある程度知っておくとスクールカウンセラーさんとか、養護教諭の方々、担任の先生方が無理に登校刺激を加える必要があるのかどうか。登校刺激というのは、しちやいけなということは絶対ないんですよ。お子さんによっては、登校刺激をしたほうが良いお子さんもいるし、一時的に控えたことが良い場合もあるし。家庭訪問した場合が良い場合もあれば、ない場合もある。それらは、やはり、お子さんがどういことに葛藤していて、どこで悩んでいるのかということを知っておく必要がある、ということですよ。

そして、「不登校を示したお子さんは将来的にどうなっていくのだろうか」というようなことを研究されたデータがございます。55%以上、88%、約8割くらいは、その後の社会適用は良好だというふうに判断されたようです。一方で、12%から44%位は社会に適応する

のがなかなか難しかった、という群があるんだということです。研究された齋藤万比古さんによると、長い経過を見ていくと、7割くらいは良好な適応を示すんだ、というふうに仰っています。このデータにとって意味があるのは、先生方が、半年、1年、自分が関わっている間になんとかしよう、というような焦りをしなくても良いんだということなんですね。ゆっくりとした関わりと、安定した関係を作って行くっていくということに苦心していただければ、その次の年の先生に委ねていくことで、長い経過を見ると、それほどミゼラブルな状態にはならないよ、というようなことを言っています。ただ、2割は不安定な状態があるんだ、ということです。

この、10年間の予後調査を齋藤はしたわけですが、中学校卒業後5年間は適用が良い悪いに関わらず支持的に治療関係を継続したほうが良いだろうと。そして、6年目以降になると、2割強と言われている不安定な状態に留まるお子さんを中心に、継続した援助をすることが望ましいと、いうふうに言っています。学校の先生方は、おそらく学校から離れてしまうと、なかなか援助をすることが継続的には難しいわけですから、そこには地域の援助をする方々や、我々精神科医が何かしらの形で関係を継続していくということが望まれるわけです。支援目標は、再登校、もう一度学校に行くということがゴールではありません。まあ、言ってしまうと、「不登校を生きる」ということで、新たな自分、新たな自己を確立することにあるんだ、ということです。「自分はこれからどうやって生きていったら良いだろうか」ということをゆっくり考えていく必要のあるお子さんもおられるんですよ。或いは、家族関係や周囲との関係をゆっくりと見直していく必要がある、ということもあり得るわけです。

医学モデル的に不登校を支援するときには、その背景で、先程述べたような様々な精神疾患がある場合があります。それを解決するための手立てとして、環境調整とか、場合によっては医学物療法などを検討する場合があります。しかし、もう一つ大事な部分は、生活モデル的な視点であって、支援であって、所謂、社会的な成長の糧となる居場所と関わり続ける他者の存在を提供し続けることなんですね。ずーっとお部屋で引き込ませているだけではなく、月に一回でも良いから会える、或いは、ここに来てもらう、といった診察室とか居場所ですね。そして、関わり続ける家族以外の他者というもの。先生方が定期的に家庭訪問されてプリント渡される、その行動はプリントをやって欲しいのではなくて、「あなたは大切なうちのクラスの生徒なんですよ」ということを、ずっと提示していくことなんですよ。ですから、担任として責任を持って関わり続けている。そして、あなたの居場所に足を運ぶ。そういった存在を提供し続けることで先生との関係が、学校という空間・場面・舞台には足を運べなくても、役者の一人である先生とは関係性が許される。そういった樹立に心を込めるべきだというふうに言われています。

学習への思いや、子どもたちの関わり、教師との関係の3点のどこで困っているかということをお我々は子どもに聞きます。「勉強が辛いのかい?」「お友達と仲が上手くいかないのかなあ?」「教師との事で何か悩んでいる?」。まあ、だいたい学校という舞台はこの3つが大

きな柱となっています。「お勉強がなかなか苦手なんだ」「勉強してもなかなか漢字が覚えられないんだ。だから学校に行くと辛いんだ」「学校に行くとイジメられるんだよ。すごく嫌なことが起きるんだ」「先生が僕のことをわかってくれないんだ。どうしても僕のことばかり叱ったりするんだよ」そんなふうに思われている場合、そこで何に困ってるかが見えてくると、「じゃあ、その抱えている問題を少しずつ明確にしていこうよ」「じゃあ、どうしたら勉強が少しでも進むようになるのか」或いは、「そのイジメられているっていう生徒、お友達との関係をどうしていこうか」「おそらく先生が誤解しているんだろうと思うから、先生とのやり取りを、その誤解を解くということを他の先生の力を借りたり、何かできないか考えてみようか」。

しかし、簡単に他人がわかるような、わかりやすい理由であればもうとっくに克服していて、我々医療機関には来ないんですね。医療機関に来たときに必要な部分は、「この人と、この件で話をしても良い」というふうに思っただけなければ成り立たないわけです。初めて会ったこんな爺さんに「どうなんだい」って話をしても、「なんともない」とか「話すことはなにもない」とか「来ることも本当は嫌だったんだ」みたいなことを仰るんですよ。「そうだろうな」と思うんです。会ったことも無ければ、話もしたこともない人間に、長い期間ずっと悩んでいたことを、つらつらと話ができるお子さんと会ったことは、まずないですね。だから、我々精神科医は、「この人と話をしても良い」という、そういう存在になるために向き合うわけです。そして、それが少しでも可能になるために、この人と一緒に考えて、最終的には自分で行動を決めたい。主体的に決めた不登校という行動を、次にどのような主体的な行動に変えるか、ということをや取りの中で考え続けていくわけですよ。「一人で考えていると、あまり良い結果が出ないということは、僕もそうなんだよね。だからさ、もうちょっと話していこうよ」というようなことです。それが成立するまでに、やはり、どんなに短くても数回の面接。まあ、粘って粘って半年とか、そのくらいずつ一つと続けて外来に来ていただいて、ようやく語っていただける、なんてこともございます。

その一方で親は、やはり「なにはともかく学校に行って欲しい」という思いがあります。これは、十分に理解したいです。親御さんに「まあ、そんなふうに学校に行って欲しいと思わないでください」なんていうようなことは、立場を変えたときに、自分が親として、自分の子供がそうなったときにどう思うだろうかと考えたときに、いくら精神科医であったとしても、僕はやっぱり焦ると思うんですよ。困ると思うんです。それが親の情だと思うんですよ。だから、親がそう思うのは仕方がないことなんだ。ただ、「再登校というのを最終目標にしないで、この子が抱えている悩み、困りごとについて少し考える時間を持ってもらえませんか？いくら親でも簡単にはわからないでしょうから、それは時間が必要で、その間の焦りや困り感については、お父さん、お母さん、別に外来に来て相談しませんか？学校の先生とも橋渡しをしますよ。お困りなのは本当に良くわかるのでご苦労様です」というようなことで、労いを続けます。そのため、我々支援者は、「我が子と自分が信じるに至る存在かどうか」「学校への対応も一緒に検討していけるか」「責められることなく、一緒に考

えることができるか」という、親側の査定に私達が合格しなければならないんですよ。子どもにだけ認められても、親が認めない治療者は外来に来ないんです。子どもだけが外来に来ることはまずないです。保険証を持って、受付で最後にお金を払ってくれるのは親ですから、その親御さんが来てくださらない。「あそこに行っても、責められるだけだ」「子どもにだけは良いことをいうけれども、私達は救われない」というような場所には来ないですよ。だから、ある意味で児童精神科医というのは、まあ、良い意味でも、悪い意味でも、嘘つきなところがあって、子どもの肩を持つとはいいながら、親の肩も持つんですよ。そうしないと成り立たないというところがございます。ま、こんなふうにして地道にやっていくのが不登校の話です。

発達障害については、ここ、細かく話しする時間が無いので、簡単に話をしますと。問題だけを整理しますと、今、発達障害はまだまだブームが続いていて、過剰診断になる場合もあるだろうと。一方で、DSM-5という診断基準がありますので、その症状に足りないところがあればということで、過小診断になるということもあるんです。所謂、診断の決め手がないんですよ、発達障害については。血液検査をします、或いは、心理検査をします、或いは、レントゲン検査をします、そのような検査で診断が付くものではなく、そのお子さんがどのような育ち方をしてきたのか。そして今どのような特性を示しているのか。それを、向き合った精神科医がどのように拾うか。ということなんです。心理検査は、比較的先生方の中では、心理検査をしてもらえるといろんなことがわかるんじゃないかっていうふうにお考えかも知れませんが。分かる部分もある一方で、心理検査も、あくまでも人間関係の中で答えるやり取りなんですよ。だから、心理の先生が尋ねる、その心理の先生の尋ねたことに全力で答える、それによって成り立つのが心理検査なんです。しかし、お子さんが、これまた先程の面接と同じで、初めて会った心理の先生に全力で聞かれたことを答え、わからないことも一所懸命考えて答えるというようなことを、すべての子どもが示すかという、そんな甘いものではなく、「わかんないよ」とか「知らないよ」とか。ふざけて違うことを言っちゃたりすることもありますし。「もう疲れたからヤダ。帰る」って帰る場合もあります。そのような、お子さんの気分や状況によって結果が出てきた心理検査を100%信じるってことは無いんですね。あくまでも、参考指標にしながら、お子さんの育ち、学校での様子、お友達関係、そして面接での仕草、様子、というのを繰り返し、繰り返し見ていく中でようやく付くのが発達障害の診断です。だから、過剰診断、過小診断も起こり得るだろうと僕は思っています。更に、昨今、注目されているのが、子ども自身が自分のそういう特性を隠そうとする、皆と同じように振る舞おう、というふうにカモフラージュしている場合が少なくないようです。特に、社会的な能力の高い女性の場合は、皆と同じように「そうだね。わかるよ」みたいな感じで、そこに馴染もうとする、溶け込むようにしていて、一見、そのような特性ははっきりしないということがございます。その場合は、発達障害の場合は、幼少時代に認められうるもので、集団生活に入った、幼稚園、保育所、小学校低学年くらいまでには、ある程度見えてくるものなんです。知的に高く、繊細なお子さんの中には、自分のそ

ういう部分を最初ちょっと出したらば、「周りから否定された」、「浮いてしまった」、「出さないように気をつけよう」ということで、思春期に入るまでの間、そこをカモフラージュしている場合がございます。ギルバーグという先生は、「思春期にアスペルガー症候群、所謂、自閉症スペクトラム症を診断するのは、非常に難しいんだ。診断の抵抗が強いんだ」と述べますし、Hull っていう方は、「発達障害というふうな目で見られるというのはスティグマ、所謂、差別に繋がるということを避けるがために、自らの特性を隠して周囲と同じく演じるように適応する、ということが少なくない」というふうに述べています。なので、思春期以降、先程のような、不登校というような一つの舞台での躓きを見せてみたり、お友達関係の中で躓きの中で、外来に行き、相談していく中で「ひょっとするとそういう傾向があったのではないか」というようなことを感知し、改めてその視点で親御さんに聞いてみる、ということが必要になってくる場合もございます。恐らく、過小診断の中には、このようなケースがあるんだろうと。過剰診断は、最後に述べる発達性トラウマとの関わりで注意を喚起しておきたいと思います。

現在の、精神科の診断の難しさは、発達障害グループの気づきが非常に鋭くなりました。会場におられる学校の先生方は、日々お子さんを見ていので、恐らく我々、精神科医よりも「このお子さんは何か発達の躓きがあるんじゃないか」ということを、いち早く察知できる力をもうすでにお持ちです。しかし、それは一部過剰診断となりうるという、危惧しているところもあります。一方で、我が子の育ちに心を痛める親は増えて来ています。そして悲しいことに、昨今はホームページのウェブとかで簡単に、簡便な自己チェックシートなるものが出ていて、「この項目の、何項目を満たすと自閉スペクトラム症の可能性が高いです」とか、「ADHD の可能性が高いです」というものが、病院の中に行かなくても 10 秒か 1 分で診断が付いてしまう、なんていうようなことがあって、外来に来る子どもたちも、「ホームページでちょっとやってみただけでも、僕はなんか自閉スペクトラム症みたいなんだよね」とか、「ADHD に該当してね」というようなことが、本当に良く口に出るようになりました。何を持って発達障害の有無を峻別するのか。これは、本当は我々精神科医は常に頭を悩ませているところで、葛藤がございます。そして、ギルバーグが言っているように、「純粋な症例」というのは滅多に無いんですよ。その難しさの中でギルバーグは「ESSENCE」というものを提唱しました。これは発達障害というものは、加齢によって示す状態が変わってくるんです。極端なことを言うと、保育所・幼稚園の頃に心理検査をすると、知的障害の数値になってしまった。小学校に上がる頃には、知的障害の数値はもうクリアして普通の数値になってしまった。しかし、幼稚園の頃には、この子は知的障害というふうに診断されています。小学校に上がったときに IQ が 90 とかになっていくことで、知的障害が治ったというような、本来の考えとは違うような展開になるお子さんも少なくありません。コミュニケーションの問題というものが顕在化しない幼児期の時には、チョロチョロして落ち着かないという部分で ADHD という診断が付く、幼稚園の年長さんや小学校に行ってから、コミュニケーションがどうも上手くいかない、ってことで改めて見直してみると、自閉スペクトラム症と

診断に変わる。そんなようなことというのは良くある事なんですよ。非常に、永久的に決定するという事は、とっても難しいんだっていうようなこと。それが、ギルバーグが言っていたので、これに述べるような、「5歳までにこのような症状、特性がその子に認められた場合、丁寧に関わる必要がある」というのをギルバーグは提唱しました。固定した診断をつけることはあまり意味が無い。しかし、彼らにこのような運動の問題だとか、コミュニケーションの躓きだとか、多動衝動性がある場合などなど。この兆候がある場合は、丁寧に関わっていくべきだ、ということです。

幸いなことに、北海道はかなり以前から、この小さいお子さんたちのための療育機関というものが非常に機能しておりました。所謂、「丁寧な子育て」と言われている療育をするシステムが道内にかつて67箇所。そして今は、発達障害支援センターも含め、充実しています。1歳半検診。3歳児検診。場合によっては、2歳児、5歳児検診もする中で、このような兆候がある場合、丁寧に関わりをしていくということ、かつて北海道はしておりました。昨今は、診断名が付かないと受給者証が発行されない。受給者証が発行されないと、そういった療育の機関を使うことができない。ということで、ここでも早い段階での診断名を付けなければならないといった矛盾が出てきています。以前のように、グレーゾーン、診断名は付かないけれども、「関わりが必要だね」と言っていた、あの療育時代のほうが実は丁寧にやっていたんですね。

この、ギルバーグが言っていた、兆候を持ったお子さんたちは、最終的にこのような診断が付くというデータがございます。この、診断名はざっと見てみると発達障害だけではないんですね。気分障害であったり、行動の問題であったり、てんかんの病気であったり。なので、先程の兆候があるお子さんを、発達障害というふうにイコールで考えるのではなく、「最終的には様々な診断が付く可能性があるけれど、この段階で丁寧に関わっていく必要があります」というのがギルバーグの言い分です。有用性は、発達障害があると思われる子どもたちを、診断名に右往左往することなく包括的に把握して支援のポイントが明らかになることです。

旭川でも児童精神科医、或いは精神科医療は充足されていると思いますが、お医者さんによって診断名が多少異なる、ということがゼロでは無いと思います。A病院に行ったら自閉症と言われて、B病院に行ったらADHDと言われる、なんてことはざらにございます。C病院に行ったらば、発達障害の診断付かないかもしれないね、というふうになるかも知れません。診断名というのは、一つの指標ですから、それが複雑化してしまったり、揺れてしまうと、まず親御さんが戸惑う。何を信用したら良いかわからなくなる。次に、療育、教育の現場の方々が、非常にその事で苦勞されます。診断カテゴリーに無理に当てはめない、このESSENCEというギルバーグの考え方は、医者のいろいろな判断に右往左往しなくてすむんですね。そして、年齢が上がるにしたがって変わっていく、育っていく、成長していくお子さん達の部分を肯定的に見据えることができるんです。診断名が付くことによって、学校現場の先生方はとても真面目な方なので、発達障害の、そのADHDの関わり方とか、自閉症スペクトラム

症の関わり方という本をお読みになって、それに従うようなやり方をしていくんですよ。しかし、「A君、B君、C君、純粋な症例はめったにない」とビルバーグが言っているように、A君、B君、C君が時に同じ診断名だとしても、関りはオーダーメイドで、お勉強の仕方も個々別々だと思うんです。例え、支援学級の自閉症・情緒障がい児学級に所属しているお子さん達であっても、一律、確立した関り方を先生方がしているとは思えないですよ。非常に、個別の丁寧な指導をされてるはずですよ。そして、何よりも診断名に右往左往しないで行くということが、「この子、なかなか落ち着かないんだよね」「凄く不安の強い子なんだよね」「緊張するとチックのような症状がでちゃう子なんだよね」「人前では、なかなか十分にお話ができない子なんだよね」というようなお子さんに対して、先生方は必要な応援をするアイデアを沢山お持ちなんです。それは、やはり日々、毎日生徒と出会って、向き合っている中で、やっぱりお子さん達の得意、苦手、そして関わるコツみたいなことを、少なくとも医療従事者よりは何十倍もお強いです。その自信を持っていただいて、あんまり発達障害に関しては、過剰診断もあるということ的前提に、心配なのは当然なので、丁寧な療育、そして個別に、その子にとって最も益ある教育プランというものを立てていただくのが得策だろうと思いますし、その子に、親御さんとの連携タッグチームが必要だということです。

3つ目の、イジメですが。イジメについては、時代と共に随分変わってきたんですね。昔は、所謂、ジャイアンのようなイジメっ子がいて、やられるのび太君がいたみたいな、そんな話だったんですけども。80年代くらいからですね、所謂、標準的な子供グループの中での相互作用の現象としてイジメという、主体性、所謂リーダーがいないようなイジメという曖昧なものが出てくるようになりました。所謂、「赤信号みんなで渡れば怖くない」といった、集団心理優先ですよ。そうすると歯止めがかからないんです。エスカレートしやすいんです。そして、リーダーが命令しているわけではないので、出口が無いんですね。発生がグループなので、イジメから逃げるということがとても難しいです。だから、逃げるにはグループから離れなければなりません、離れるということは孤立を意味します。そして、それは友達を失うことです。こうした事情のため、外からこの複雑な袋小路状態が認識しにくく、気づかれにくいんです。「なんか、いつもみんなと一緒にいたようなんですよ」というようなことってというのが、80年代からのイジメによくあったみたいなんですよ。その後、出てきたのが、所謂、教育カーストの問題です。カーストによる遊びというものが出てきました。所謂、上位の者が下位の者を遊ぶ対象としていたぶるんですよ。或いは、コミュニケーション能力などで生じたからかい。これは、発達のアンバランスのお子さんなんかはコミュニケーションが苦手だったりする場合がございます。それがあって、からかわれる対象になってしまう。或いは、無視といったイジメも出てくる。しかし、それらが相手の尊厳を奪っているということにイジメてる側の自覚が乏しいんですよ。これは、先ほどの80年代からの集団心理の中での、イジメているお子さん達の心理にも薄まっていくんです。「みんなで渡れば怖くない」というのは、みんなで渡れば罪悪感が薄まっちゃうんですよ。なので、この加害者の自覚が乏しい。しかし、イジメられている者は一人なもんですから、

イジメられている者は、その被害者はとっても苦しむわけです。このギャップが大きな問題なんですね。結果、迎合的に反応する。忍耐をし、我慢をし、そこでバランスを取っている。或いは、そういった尊厳を奪われるということの自尊感情の傷つきから、健康を害する行為を主体的に行う。それが、自傷行為、リストカットであったり、オーバードーズであったり、時には摂食障害だったりします。それを選択することによって、自尊感情の傷つきを薄める。或いは、現実の痛みから、自分で作り出した痛みにと場面を変えていく。

イジメの構造というのは、イジメる人たちの集団で、イジメの対象となる一人に向かっていくものです。そして、このイジメる人たちと、イジメの対象となる人の周りには、微妙に関与している人という者がいます。この3層構造の中で起きているのが、学級の中なんですけども。この関係性に、あまり付与しない人というのが集団であったりします。しかし、この関係性に全く付与しない孤立した人というの周りにはいるんですよ。その中でこれが起きている。しかし、イジメられている子供の心理的な変遷というのは、普遍的にあるようです。これは、精神科医ですけども、中井が97年に述べた、「イジメの政治学」という論文の中で述べているものです。中井久夫自身もイジメられた経験があるということなので、非常に共感を持って考えたものだと思いますし。僕自身も、高校時代にイジメられた経験があるので、この心理的変遷はある程度理解ができます。

イジメられる子というのは、最初に、イジメられる集団から対象として見つけられます。イジメる集団は、「この子を排除したい」というふうな視点でもって発見します。その、排除したいというものはどういう物指しで認定されるのかというと、イジメるグループからいうと、何かしら恐怖の対象でもあったり、その人たちのネガティブな部分を持っている対象であったり、異質さを感じる対象だったりします。そこで認定された対象は、孤立していくんですね。省かれるわけです。そうなってくると、そのお子さん達は無力化していくわけです。そして、匿名化されます。名前が呼ばれなくなるわけです。所謂、あだ名であったり、略語であったり。言われてしまうんですね。特定されたと同時に、匿名化されます。選ばれし者として妥当か、という評価が下されます。そこには、癖とか、態度とか、体形、学力。そういった、先ほど述べたカースト的な視点によって、社会的な価値観に照合されて、妥当な評価であるかのような判断が集団の中で茶化されるわけです。それによって自尊感情がどんどん傷ついていく。その判断は、すでにグループのカーストの権力側に一方的に委ねられていて、否定ができる状況じゃないんですよ。そうすると、それを任命した、固定した相手に対してイジメられてる者は、畏怖の感情と無力感を感じます。抗えない、ということになるんですよ。ですから、クレームが生まれないということなので、その現象自体が見えにくくなります。見えている周りのお子さん達も、この集団グループに、次のターゲットに孤立化、対象として発見されないうために口を閉ざしてしまう。本人も言えなくなってしまう。そして、最終的には先生の目の届かないところで、見えないところでこの現象が起きている。そして、イジメられてる間は、イジメる相手以外の傍観者からは、透明な存在として認識されている。所謂、「イジメられている僕は、イジメている相手とはコミュニケーション

ンをとっているけれども、とても嫌なコミュニケーションだけれども、そのイジメられている僕に対して、誰も声をかけない」。僕は透明な人間なんですよね。イジメられてる間は、グループからは透明化していないんです。しかし、無力感一杯です。で、イジメられないと、そのグループからも無視されると、イジメているグループからも透明化され、イジメていない周囲の人間からも透明化されて、透明化が続くわけですよね。この、匿名化されて、無力化されて透明化していくというのが、イジメられている子の心理的な変遷です。自分の存在が見えなくなってくるんですよね。ここからイジメられた人間はどうやって脱出するんだろうか。一つは、解離することです。現実から意識的に脱出する。所謂、気を失うとか、記憶を失った子もいました。解離をする。しかし、解離をしても透明や匿名の存在からの脱出ができないわけです。気に留めている人がいれば、そこで脱出できるんです。でも、その救済者は自分から SOS を出せないの、キャッチしてくれないと続きます。そうすると、3つ目の手立てで、その場に行かないという、引き籠る、不登校になるという、参加を拒否するわけですね。参加を拒否しても、自分の学級の中での透明・匿名・無力化は改善されないんです。そして、そこから逃げ出したという自責の念がとても強いわけですよね。で、僕も高校時代にイジメられたとき良く思っていたのは、「なぜ戦えなかったのか」という気持ちです。この、反抗できなかったこの無力感といったものが、不登校の間も子供の気持ちを傷つけますね。そうすると、窮地の最終手段としては自殺しかなくなるわけです。自殺後に実名化するんです。多くの子供たちは、イジメられた子供の自殺の時には、ほぼほぼ皆さん「誰彼にこうされた」ということを書き留めます。それが、彼らにとっての無力感からの脱出なんですよね。しかし、生きてるときにそれが出来ないという、彼らの無力感、透明化といったものが悲しいことにあるわけです。イジメと自殺の中では、精神的には「うつ状態っていうふうに追い詰められたせいかも知れないね」ってことなんでしょうけれども、透明化して自分を抱えきれなくなったんじゃないか。自殺して、初めて自分自身に戻るんです。随分昔に、九州のイジメられたお子さんが自殺したときに、お母さんが記者会見に出て、「家の子供は実名で報道していただきたい。AとかBとかという匿名ではない。存在しているということを皆さんに知ってもらいたいの、実名を出してください」と訴えました。それくらい、このイジメられている間の透明、匿名化といったものが激しいんですよね。しかし、それを報道する可能性が強くなってくると、透明化し、匿名化されている多くのイジメられている子どもたちは、「こうすると自分は浮かばれるんだ。実体化するんだ」ということで、イジメの連鎖が起きます。それを防ぐための学校の対応については、生徒が自殺する場合を想定した避難訓練のような定期的な検討は是非必要だろうと。誰が情報を掌握し、収集していくのか。誰が伝達をしていくのか。外部の窓口をどうしていくのか。そして、何事もこの自殺というものが、懂れる存在になっては困るんです。ロマンティックであったり、センセーショナルであってはいけません。自殺する前に、彼らが実体化しなければならないんです。なので、自殺についての情報は正確な情報だけを伝え、憶測を控えます。生徒一人一人に伝えなければならない時には、伝えるべきであって、僕は、集会とかで学校長が壇上に上がった

て「悲しいことが起きました」というような、ああいう伝達の仕方は、とても辛いです。見えてね。その生徒との関係が深かった生徒の傷つきと、その生徒の関係が薄かった生徒の思いというのは、集団の中で同じように伝達されるものではないんですね。クラス単位で伝えていくのか、一人一人に伝えていくのか。A君と仲の良かった。しかし、A君を救うこともできず、声を出すことも出来なかったB君、C君への対応と、他の学年の他のクラスのお子さんたちの思いというのは、まったく違うんです。それを、いかに先生方が、残された者に配慮していくのか。「おそらくあなたは、A君のとても仲の良いお友達だから、この先、例えば眠れないとか、涙が止まらないとか、自分を責めたりとか、そんなことが起きるかも知れないだよ」という自覚症状は、ちゃんと伝えるべきであって、「それは、あなたのせいでもなければ、あなたに問題があるわけでもなくて、あなたがA君をととても大切に思っていた証なんだよ」と伝え、「それが苦しかったらば、担任の僕に、或いは学校に来ているスクールカウンセラーに、或いは親に伝えてもらおう。僕も親に伝えておくからね」といった個別の対応です。葬儀の出席も主体的に決めていただきたいですし、集会は「この死から学ぶことは何だろうか?」。我々が生き続けることで、そのことを代償することができる。そして、糾弾、非難もしないというような、真剣に語り合う場にしていかななくてはならない。

僕たちは、イジメられた子に対して、良く相談なんか来ると、まず彼らの心身の痛みを受け止めます。本人の尊厳は守ります。「本当に、ここまで良く耐えた」という畏敬の念を持ちます。そして、イジメだけではなくて、生き辛さってものを何か抱えていつのであれば、そこに場面を広げていきます。家族も支えていきますが、家族の辛さとこの子の辛さには温度差があります。だから、家族の言い分に全て加担はしません。この子自身を守るための総努力を持ちます。ここにきて、「自分で自分を守れずに、親に100%守ってもらっちゃったときに、僕の無力さはまた増してしまうようであれば、君がここにどう関わるかだよ」となっていくわけですね。学校や教育委員会などはきちんと情報交換をして、冷静に対処方法を検討していきます。あくまでも、被害児童の支援者ではありますが、現場を一方的に糾弾するってことは、被害者にとって必ずしも益あることにならないこともあります。先ほど述べたイジメの構図ですね。いつ、誰が、何を、どのように、そしてその結果に対する気持ちを重ね、具体的、個別的な対応を探します。こうした状況と環境調整を安心と安全を提供することに腐心した上で、必要に応じた精神科治療を進めていきます。ここは本当に個別적입니다。そして、もう一方で、イジメられている子に対しては、対処的に、今さまざま出ている精神症状に対する治療を当然の如く行うわけです。

子供たちは、もう諦めているっていうことが強いです。なので、初回から数回面接に来てくれば大きな一歩です。彼らの辛さ、イジメられた場面がフラッシュバックしてくる、友達と会っただけで動悸する、そのことを考えただけで辛くなる。症状の消失を急ぐ必要はありません。時間をかけて支え、対応していくということが必要です。その間、誤解されたり、無視されたり、周りから「しっかりしなさい」とか、「気持ちを強く持てば大丈夫」とか、「あなたの態度にも問題があったのでないかしら」といったような、周囲からその人の存在

を貶められるような評価。それによって二次的に傷ついている場合も少なくありません。できる限り早くその誤解を解き、そのようなことを申したことがどんな善意から発生したものであっても、励ましの言葉であっても、当人にはとても痛く、傷ついた言葉であるというときには、我々は謝罪をします。「申し訳なかった」というふうに謝罪をすべきです。本人には支持的、或いは、これまでの忍耐を評価して、時には「行かない」という撤退すること、「学校を変えるということも敗北じゃないんだよ」。終始勇気づけていくような対応をしていきます。

注意すべきことは、イジメる側への非難や批判にある程度同調しますが、一蓮托生的に寄り添うことをしません。それは、一緒になって攻撃をすることによって、本人の痛みが一時的に軽くなったような誤解ではなく、それはそれとして、「あなたの傷つきのほうが辛いんだ」ということで、治療関係を壊さない程度に関与していきます。時に家族が、相手側に対して法的手段 など、強い対応を示そうとする場合、中立かつ冷静に対応します。で、その動きがイジメられている当の子供本人を追い詰めることにならないように、場合によっては提言していきます。

精神科医である以上、イジメている側への対応も必要です。多くは、イジメられていた者が、いじめる側に展開することは少なくありません。或いは、イジメている側にも何かしらの精神的葛藤があります。そういった優位性にしがみつくなか、その上位で居続けなければならない。その、居続けなければならないときに誰かを貶めないと自分の存在価値の評価が落ちてしまうかのように思っている。ということ自体に、精神的に課題があるんだろうと思うんですね。だから、イジメている側にも何かしらの支援が必要です。これは、精神科としてはとても必要だと思っているんですが、なかなかイジメている側が外来に来ることはないんですね。でも僕は、ここにも大きな傷つきがあるんだろうと思っています。

自傷行為、或いはオーバードーズ、過量服用ですが。自傷行為というのは、もう 70 年代くらいから精神医学の中では文献としてありました。ここに書かれている特徴はその当時のもので、「10 代から 20 代の若者、特に未婚の女性に多く、自傷の部位は、ほとんどが手首の内側。薄く数か所を繰り返し切る。しかし、まれに上肢、下肢、顔面、腹部を切る方もいる。しかも自傷の回数は、頻回で習慣化するが自殺に及ぶことは少ない。しかし、仲間内で流行しやすい。誘因はほとんどが対人葛藤であって、その対人葛藤の中に出てくるものである。人前で切るということは少なく、自室で一人で行われやすい。そこには何かしらの精神的な課題がある。」これが、70 年代 80 年代の印象的特徴でした。最近では、イギリス辺りでよく言われているのは、若いときのリストカットは二十歳過ぎ、25、30 までの間に自殺に及ぶ頻度がリストカットしてない人より多い、というふうに言われています。だから、リストカットで死ぬということは少ないんですけども、こういう対人葛藤から自傷行為に至る方が、自殺という選択肢を持つ危険性は高いというふうに思っていたほうが良いと思います。

2 つ目は、実質一人でということが減りました。みんなの前で切るお子さんも多いです。

しかし、葛藤であることは間違いなくて、その当時言われていた部分は、葛藤があったときに、その気持ちをうまく外に向けることができないが為に、自分の手首にあたってしまう。それは、かつては対象を取り戻す。そうですね、恋仲であった彼氏さんから別れ話を言われて、彼氏に電話をかけて「もう私は死ぬしかないの」って言って、手首にカミソリを当てる。対象を攻撃し、「何でわかってくれないんだ」っていうことで、わかってくれない相手を手首に置き換えて切る、ということもありました。死にたくなるほどとても辛い状態から、自分が自分でないかのように感じた部分を、切ることの痛みによって、自分が我に返る、ということもありました。或いは、自分の葛藤から逃げるために切る、ということもありました。こんなようなことがあるので、リストカットの中にも様々な理由があります。オーバードーズもそうなのですが、自分で自分の身体を傷つける、或いは、わかっているのに過量服用してしまう痛み。この自ら傷つけることとか、薬物を過量に服用するということは、どれほどの問題があるのかということ、やっている方はほぼほぼ理解しています。ネットで調べたりして、「この薬だったら何錠まで安全」といったような口コミをとっても大事にしていますね。メジコンだったら何十錠、とかですね。最近の薬物の過量服用は精神科医が出した薬ではなく、薬屋さんで買って来た咳止めとかを飲むことがとても多いです。で、それがマスメディアで東横キッズとかって言ってあげられて行くと、東横キッズで調べてみると、その子どもたちがどの薬をどのように入手して、どのような量を飲むのか。そして、「飲んでも一晩入院したけど大丈夫だったよ」といったようなTwitter、Xの書き込み、Instagramの書き込みなどを見て、「このくらいなら大丈夫なのか」ということを理解したうえで飲んでしまう。切ってしまう。時にそれが周囲を困らせ、失望させてしまうっていうことも、当然わかっているんです。でも、その行為を何故するのか。彼らに聞くと、「ふと、自分に自信が持てなくなった時に」「このまま、なんとなく問題が解決して、どんどん良くなってしまいそうな時に」そして「みんなが安心した時に」「一人ぼっちだな、と実感した時に」「今一度安心したい。誰かとくっつきたい」思いがあるのかな。そういった自傷や薬物が安心できる対象である、くっつきたいって言うような人への身代わりになってくれるかも。でも「信頼できるのは、人よりも物なんだよね」って彼らは言う。「人は裏切るから」。そうになると、自分の中で絶対裏切らない自傷行為とか、過量服用によって自分を維持しているんだ。だからこそ、この自傷行為という薬物過量はなかなか治まらないんですよね。それに比肩するくらい信頼できる他者というのが、この方達の前に登場しない限り。或いは、信頼していく他者を通しての自己実現の目標といったものが見つからない限りなかなか進んでいきません。この依存対象というものが、OD やリストカットに凄く多いんだと僕は思っているんですけども。他にも摂食の障害だったり。ネット世界の見知らぬ他者とくっつく、これが凄く多いですよ。僕らの外来でも、本州の人と付き合っているとか、そこに会いに行くなどというような問題。それが、性的な関係になってしまうとか。異性の関係に発展して行くだとか。そこから、DV、デート被害、暴力被害を受けたり。これらは、本来は親とくっついて、アタッチメントすることで安心するといったもの。或いは、他者や何かに依存すること

で安心するということです。しかし、この形成不全だったアタッチメントの代理というもの。所謂、リストカットすることでホッとする。過量服用することで一時的に安心する。そういったようなアタッチメントの部分の補完として使われるような部分。寂しさを埋めるもの。孤立を埋めるもの。しかし、それは、くっついて安心するだけじゃなくて、どんどんそれに対して支配されてしまうんですね。自傷行為を繰り返さないといられない。薬を飲み続けないといられない。ネット世界の見知らぬ他者は、「本当は信頼できないんだろうな」とわかりつつも、他にいないからその関係性に陥る。だから、最終的に彼らは、本当に得たい安心や安全を手に入れることができないんですね。だから止まらないんです。これは、大人のアルコールの問題とか、パチンコとか、ギャンブルとか。それともうほぼほぼ同じということになっています。

最後の虐待ですが、ここにあるように虐待というのは、身体的な虐待、心理的な虐待、そして性的な虐待、DV の目撃、といったようなものがございます。このようなことが起きるわけですが。ここで今、私達が問題にしたいのは、虐待を受けるという、この不適切な関わりを受けることによって、今述べたような親子関係の中での安心とうアタッチメントを手に入れる事ができない。そして、そこで安心することができないという課題を、虐待を受けた子供は体験してしまいます。その、体験した子どもたちは、どのような精神的な状態になるのかっていう部分で最近注目されているのが、この発達性トラウマという状態です。これは、まだまだ診断基準には該当していないんですけども、あえて言うと「複雑性 PTSD」と言われている「心的外傷後遺症」ですね。それが、ずっと繰り返されて来ている、という中での症状というふうになります。この、子どもたちである、幼少時期から虐待を受けた子どもたちは、幼児期は発達障害と診断されやすいんです。或いは、アタッチメント障害と診断されやすいです。小学校とかに上がって来ると、大人に対しての反抗的な態度を取ったり、暴力的な行動を取ったり。或いは、摂食障害といったような診断に変わって行く場合があります。で、思春期になってくると、自傷行為とか、所謂、教室で気を失ってしまうとか。倒れてしまうとか。そういったような解離性障害とか。気持ちがコロコロと変わる躁状態とか鬱状態を示すような双極性障害、感情障害とか。一過性の精神病状態とか。非行、犯罪に近いような虞犯ですね。反社会的な行動などを示す。大人になって来たときに、統合失調症とか、不安障害とか。或いは、パーソナリティ障害などと診断されやすくなって来る。診断が変更していくものなんですよ。幼児期は、そういう不適切な関係の中で、他者との関係性が良好に築けないがために、対人関係が上手くいかない、相手の気持ちを汲むことができない。気持ちがコロコロと変わる。そういうお子さんに対して周りの大人が、気持ちが不安定になって陰性感情に傾きやすい。所謂、イライラしてしまう。そして、結果的に怒ってしまう。しかし、子供は粗暴な態度を示し続ける。学齢期になると、相手を傷つけることには無頓着だけど、傷ついたということについては、かなり主張したり、暴力的な爆発をしたり、自己否定、無価値観、いじめてしまったり、他罰的になったり、学習意欲が低下したり、孤立したりします。そして、乖離を示していきます。思春期以降になると、この感情易変性。

気持ちが急激にコロコロと変わる。そして、脅迫的なこだわりが出てきたり、孤独や孤立を訴えたり、「死にたい」という希死念慮を訴えたり。この頃になってくると、そういう以前に言われたり、やられたりしていたこと。外傷体験といったものがフラッシュバックしてきます。そして、それが悪夢となって夢の中に登場してきます。我々がこの状況に何かしらの関係を作ろうとしても、「どうせ見捨てるんでしょ」「どうせ私達のことなんか、どうなっても良いと思っているんでしょ」ってことで、傷つく前に拒否をします。そして、性的な逸脱行動とか、非社会的な言動を示す子供も少なくありません。

おそらく、学校現場で最近、認められていくことって部分は増えている不登校の問題。そこに関連していくでしょう、イジメの問題。そして、自分の中で解決しようとするリストカット。そして、オーバードーズ＝過量服用。そして先生方の現場に、もう随分前から登場している発達障害の問題。一見、発達障害かなと思ってきた部分が、実は虐待や不適切な関わりの中で出てきた発達性トラウマの問題。非常に多岐にわたり難しい子どもたちが、学校現場に苦しんでいます。学校現場の中で、ですね。そのことの一部を本当に概略的にお伝えいたしました。わかったかのように僕は話していますが、僕は40年くらいこの仕事をしていても、どんどん子どもたちの複雑さ、子どもたちが示す多岐にわたる言動に、どうして良いかわかんなくなってきたのが正直なところです。どんなふうに、こういう子どもたちに、どんな考えで向き合ったら良いのだろうか。ということで、非常に無力感を感じています。一週間経って来た時に、「やっぱりまた切っちゃったんだ」なんて言われたり、お薬を飲んじゃったりね。でも、まあ、「言ってくるだけ良いなあ」と思いながら、「そうかあ。何かできなかつたかな。その間、僕が」っていうふうに思ったりしますし。彼らが「生きてるってことに、どれだけ意味があるのだろうか」という哲学的な悩みを持った時に、いけしゃあしゃあと生きることの大切さなんてことを、言えるほど僕には自信がないです。しかし、不登校の子が最終的には7割ほど。そして、リストカットしている方が、少なくとも生き延びて成人となり、幸せな結婚をした人が何人かいること。途中でドロップアウトしたけども、成人になった時に外来に来て「今は元気にやってるよ」ということを言ってくれること。そのようなことをやっていく中で、やはり、彼らは生きてるうちに何かしら治っていく。育っていく。乗り越えていく。そういう可能性があるんだ、ということは持ち続けたいなと思うんですよね。「諦めないことだ」というふうに僕は思っています。そして、そういった「諦めない」という希望を持つ人の出会いというのが、そして、安全な環境を提供することが良いみたいです。その間は、本当に一緒になって、何か泥の川を泳いでいるような感じがございます。同時に、精神科医としてどれほどの関わりをしたのか、っていうようなことを考える事自体が傲慢だというふうに思っています。だから、せめて「僕と出会わなかったほうが良かったな」というふうに思ってほしく無いために頑張ろうとしているわけです。

先生方も、この先、この生徒と一生付き合っていくわけじゃ無いわけですが、「あの時、あの一年間。あの時、あの二年間。先生に付き合った。勉強して、教室にいたときの担任が、こういう先生だったんだよね」というふうに、思い返して語られる場面は、僕らの外

来では少なくありません。「今までで、一番良かった先生は何年生の時」というと、必ず何人かの先生の名前が上がって来ます。彼らの人生において、学校は一つの社会であり、育つ場であり、そこで出会った先生とのやり取りは、結構克明に覚えているようなんです。そういった社会、継続した人生の中で、僕達の印象というのは、どう関わるか、関わり続ける必要があるかどうか。そんな提案は考えるわけです。この一回で関わりを止めるべきなのか、或いは、何が何でも継続するものなのか。一回ここは止めて、もう一度気持ちが固まったら出会う、というチャンスを待つべきなのか。非常に思案します。最後は、僕らはそれなりの覚悟を持たなければならぬということ。そして、先生方と違って僕達はエンドレスなので、児童精神科医といっても大人も診ますから。究極、僕がこの仕事をしている間は、いつまでも会い続ける事ができるという時間の担保。そして、年を取ったが故に出てきた寛容さ。「なんとかなっていくものだ」といった楽観性。しかし、「なんとかなっていくものだ」ということを、関わり続ける中で、見届けていかねばならぬということが覚悟なんだと思っています。

資料が、一つだけ変えたところがございます。先生方の、今日の前半のご挨拶とか、表彰のお話とかを聞きながら、子どもたちが本当に必要としているものは医療ではなくて、丁寧な子育てと教育です。その療育と教育でどうしてもそこで乗り切れなかった方の一部が、僕達、医療に行きます。しかし、すべての子供は、この療育と教育を受けます。だからこそ、それが必要なんです。丁寧さと、そして、教育は苦野一徳が言いましたけども、先生方の忍耐です。凄い大変なお仕事だというふう思っています。僕達のようにエンドレスに関われるという安穩とした関わりではなく、この一年の間に、この残り半年でっていう時の先生方の焦りとですね、「なんとかしてあげたい」という気持ちを外来で聞くたびに「なんともならんのだ。」と思いつつも。でも、そういうふうにご馳走さる先生の思いは、2年後に、3年後にこの生徒の心に届くだろうというふう思うんですね。

教育っていうのは、単純に勉強を教えるっていうよりも、そこの社会、学級の中で先生方の生き様を見せるところでもあるし。そこに、親と違った意外な大人、「へー、こんな大人もいるんだ」というふうに思わせる社会の場でもあると思いますし。しかし、先生になる若者がどんどん減ってきているっていうのが、僕は凄く不安ではないんですけども。あの、それだけ、実はもの凄く忍耐が求められるので、先生方のメンタルケアですね、これは、本当に必要なことだろうというふうに思います。

精神科医になって一番最初に思ったことは、「患者さんより先にいなくなっちゃいけない、死んじゃいけない」というふうに思いました。「倒れたちゃ行けないんだ」と。もしそうなったときには、「僕のせいだ」というふうに子どもたちは思うんですね。「僕が先生を困らせたからだ」というふうに思うので。そんなことはないんですけども、先生方のメンタルヘルスを維持していくことが、子どもたちの安心に繋がります。

前半は本当にガイドラインみたいな話のアウトラインでしたので、興味ある方は、また、そこから発展した本などを読んでいただいて、また知識を増やしていただければ良いと思

います。ただ、どんな知識よりも日々の実践と先生方の直感、そして先生方が子供を見た時の敏感な眼差し。そして、一人ひとりに合わせた柔軟さ。それこそが求められるものだろうというふうに思っています。以上でした。どうもありがとうございます。