

子どもの居場所と臨床教育社会学

住田 正樹

はじめに

本稿の目的は、教育問題の解決に資することを目的とする臨床教育社会学の可能性について考察するとともに、教育問題の実際例として子どもの問題を取り上げ、その対症療法として近年浮上してきた「居場所」の、子どもの問題解決に対する実践的有効性について臨床教育社会学の視点から考察することにある。

いうまでもなく教育社会学は教育事実および教育問題を社会的に研究する経験科学であり、実際、これまでさまざまな教育事実・教育問題を分析・解明してきた。しかし近年、不登校、引きこもり、いじめ、学級崩壊、非行・犯罪などさまざまな教育問題が噴出するに及んで教育社会学も単に教育事実・教育問題の分析・解明に留まらず、その専門的知識を生かして教育問題の実際的解決に資することが要請されるようになってきた。同じ教育学のなかでも、科学的実証性を重視する教育社会学に学問的専門性を明確化して社会的責任を果たすことが期待されるようになったのである。そこで注目されるようになったのが教育問題の解決という実践性を基本とした臨床教育社会学である。現実問題の解決を優先するという、こうした近年の学問的趨勢は教育学のみならず、心理学、社会学、福祉学、看護学等の領域にも及び、臨床教育学、臨床心理学、臨床社会学、臨床福祉学、臨床看護学等といった「臨床研究」が注目され始めた。臨床とは本来基礎理論の適用を意味する。だから臨床研究は理論研究の方法・仮説・概念枠組や実証研究の成果を実践活動に適用して、その実践的有効性を高めることを目的としている。しかし臨床研究は理論研究や実

証研究を適用するばかりではない。問題解決の実践的有効性を高めるためには臨床研究独自の方法・仮説・概念枠組がなければならない。

では、臨床教育社会学の可能性はどうか。しかし教育という営みは本来が子どもに対する臨床的な活動ではなかったか。

1. 教育社会学と臨床教育社会学

1.1. 科学性と実践性

教育社会学は教育事象を客観的実証的に研究する経験科学であるから、その目的は教育に関する諸事象を分析し、客観的普遍的な知識を獲得することにある。そのために客観的データを蒐集し、仮説検証の方法によって仮説命題を論理的に証明して理論形成を図ろうとする。これに対して臨床教育社会学は教育問題の解決という実践性を優先し、研究は実践的有効性を高めるために行われる。だから研究の目的は現実の教育問題に介入 (intervention) し、問題解決に何らかの影響を与えることにある。臨床教育社会学の研究活動は、同時に現実問題に介入するという実践活動でもあるわけだ。教育社会学が科学性を基本とするのに対して臨床教育社会学は実践性を基本とする⁽¹⁾。

しかし教育社会学においても実践の問題は以前からあった。もともと教育社会学は、問題意識が現実社会の実際の教育問題に触発されたものであるから、教育問題の解決に何らかの形で貢献することが期待されていた⁽²⁾。「社会的実践に資しえないような社会科学は無意味である」(福武・日高 1952, 379頁)とされていたのである。だから教育社会学の内部領域は、一般社会学も同じだが、理論、実証、実践の3部門に分けて考えられてきたのである。しかしこの場合の実践の意味は、手段の適否と結果の予測、目的や手段の論理的整合性といった技術的レベルに限られていた。社会学的知識を用いて「人間生活の向上に役立たせようとすることは社会学研究者の資格において直接関係することではない」(家坂 1959, 5頁)とされていた。科学的研究の目的は客観的事実を究明し実証的理論を形成することであり、研究者は客観的事実・実証的理論を恣意的に歪めることのないように徹底して客観的な研究態度を保ち、事実を究明しなければならないとされていたのである(価値判断の問題)。だから科学的研究から価値規範を含んだ実践的処方箋を導き出すことはできないのであって、科学は「真理を真理として追求することによって実践に寄与する」(福武・日高 1952, 381頁)べきだとされていた。

そして実践が問題とされる場合であっても、それはあくまでも理論と実証の枠内

で取り上げられるに過ぎなかった。実践を重視し、社会的現実の改革・改良のための処方箋を探る実践部門の社会学（実践社会学）においても、それは理論部門の社会学（理論社会学）や実証部門の社会学（実証社会学）が既に確立した理論命題や仮説、概念枠組、また調査研究の成果を前提にして、それを現実の社会問題の解決に適用しようというものであった。その意味で実践社会学は応用社会学と呼ばれる。だから実践といっても理論と実証という科学性を前提にした、あるいはその周辺に位置するという応用的実践でしかなかった。しかし臨床教育社会学のいう実践性は科学性よりも優先され、現実社会の教育問題の実際的解決を意味している。

1.2. 臨床研究と応用研究

臨床研究も基礎理論の実践への適用であるから、その意味では臨床教育社会学も応用社会学だといえる。しかし応用社会学の意味する実践とは以下の点で異なる（以下、臨床研究、応用研究と呼んでおく）。

第一に、応用研究は既に確立された理論や命題のなかから問題解決策を見出し、それを実践的目的に適用しようとするのに対し、臨床研究は初めから特定の現実問題の解決を志向して理論を確立しようとする。だから応用研究の視点や分析枠組は、その基礎としての理論研究や実証研究によって与えられるのに対して、臨床研究は初めから特定の問題の解決に有効な、独自の実践的視点や分析枠組を必要としているのである。したがって第二に、応用研究は理論研究と実証研究を前提とした〔基礎－応用〕という関係にあるのに対して、臨床研究は理論研究・実証研究と並列関係にあるといえる。科学性を基本とする理論研究・実証研究と実践性を基本とする臨床研究というわけである。そして第三に、応用研究は実践を目的にしても、その研究過程は厳密な客観的手続きにしたがった遂行過程であるから、あくまでも科学性を重視した研究であるが、臨床研究は実践からの要請が主体となって現実問題の解決策を探ろうとするのであるから実践性を最優先しており、したがって如何に理論命題や仮説、概念枠組が科学的に精緻なものであっても実践的有効性に乏しければ、何の役にも立たず、研究の意味はない。

しかし、だからといって臨床研究は科学性を軽視しているというわけではない。これまでの科学研究が論理実証主義に基づいて量的データや統計的仮説検証を前提とする方法論に傾斜していたのに対して、臨床研究は質的データや意味解釈といった質的研究方法論をとる（後述）。だが、質的研究方法といってもデータに基づいた実証的方法であり、また臨床研究の実践的有効性は客観的に測定されなければな

らないから、その意味で臨床研究は科学的なのであり、また科学的でなければならぬのである。

1.3. 研究活動と実践活動

臨床研究は、先に見たように実践的有効性を高めることを目的にしているから、実践に関する研究（以下、実践研究という）を行うと同時に問題解決のために実際に問題に介入する（以下、実践活動という）。そしてこの、実践研究と実践活動は相互作用の過程にある。実践研究において形成された仮説は実践活動という臨床過程を通して検証され、その実践的有効性が確かめられる。そして仮説が確認されれば、その仮説は他の実践活動にも適用され、その妥当性を拡大していく。だが仮説が否定されれば仮説は修正され、再び臨床過程を通して検証されるという循環過程を繰り返す。その臨床の循環過程において実践活動は実践研究の成果を取り入れ、その研究成果を実践することによって問題解決への有効性を高めていく。と同時に実践活動の過程において新たな仮説が生成され、実践研究に取り入れられていく。

こうした臨床研究の結果や成果は理論研究・実証研究にも取り入れられて、理論研究・実証研究はその客観的事実の妥当性を拡大させるが、また逆に理論研究・実証研究の結果や成果は臨床研究に取り入れられて、臨床過程で実践的有効性を高めるような仮説に生成され、検証される。こうして研究活動全体は、(a)理論研究・実証研究、および臨床研究としての(b)臨床的実践研究と(c)臨床的実践活動、の3領域から構成され、これらの領域が相互に影響・規定しあって研究活動全体の構造を成しているのである。したがってこれら研究活動および実践活動に携わる研究者および専門的実践者は以下の4タイプに分類される。

- (a)型 理論研究・実証研究に携わる研究者
- (a)(b)型 理論研究・実証研究および臨床的実践研究に携わる研究者
- (b)(c)型 臨床的実践研究に携わると同時に臨床的実践活動にも関与する研究者かつ専門的実践者、すなわち実践的研究者
- (c)型 臨床的実践活動に関与する専門的実践者

同じように現実社会の実際的問題に触発されて問題意識を持つとしても、(a)型は、客観的知識の組織化を目的に客観的な研究態度を守っていこうとする従来の研究者のタイプであり、(a)(b)型は、科学としての客観性や普遍性を目的とした科学的研究と同時にその科学的研究の成果を生かして実践的有効性を高め、問題解決に有効な

理論形成を図ろうとする研究者のタイプである。(b)(c)型が本来の臨床研究者である。臨床心理学分野の臨床心理士がその典型である。臨床心理士は科学者かつ実践者 (scientist-practitioner) とされる (Marzillier, J. and Hall, J. 訳書 2003, 11 頁)。(c)型は、カウンセラー、サイコセラピスト、ソーシャルワーカーなどのヘルスケアの専門的実践者であり、彼らの専門性は科学的知識を臨床的実践活動に有効に活用するところにある。

しかしながら臨床教育社会学の場合、臨床研究者といっても、実際には(a)(b)型が多いだろうし、このタイプにならざるを得ないだろう。そこが(b)(c)型の臨床心理学と異なるところである。臨床心理学の場合は、研究活動は対象の個々の事例に介入する実践活動そのものであるから研究即実践となる。しかし臨床教育社会学が対象とする現実社会の教育問題は価値観や価値規範、そして立場を異にした複数の人々がさまざまな仕方に関与することによって成り立っている。だから教育問題に実際に介入し、問題解決を図ろうとすれば、問題が複雑なだけに時間を要し、また対象事例によっては背後の状況にも介入しなければならず、さらには関連する問題領域にまで介入の範囲を広げなければならない場合もある。だから実際には研究即実践とはなり難い。したがって臨床教育社会学の場合は、研究者と実践者とが研究活動と実践活動をそれぞれ分担して遂行していかざるを得ないだろう。そこで研究者と実践者との密接な協働が必要となる。研究者と実践者とが協働して問題に介入し、実践活動を遂行していくわけである。その過程で仮説の生成と検証の研究活動が行われる。もちろん、研究即実践という場合もあるだろうし、それが望ましい。

このように臨床教育社会学は実践に関する研究活動 (research) と実践活動 (practice) とから構成されている。

2. 臨床教育社会学の対象と方法

2.1. 臨床教育社会学の対象

臨床とは病に伏している人間に対する治療的営みを意味するから、本来は対人関係的な事象を指す。そして教育は、いうまでもなく主体 (教育者) と客体 (被教育者) との対人関係的な営みであるから臨床的活動である。教育者は被教育者の学習を援助・促進するために、その学習過程に介入し、学習過程を改善的な方向に向けるのである。この学習過程が教育過程である。したがって教育者は被教育者の感情や態度、行動を十分に理解していなければならない。臨床心理学の方法の中核は共感的態度に支えられた面接にあり、それを可能にするためには人間理解を深めるこ

とが必要だとされるが（河合 1995, 11頁），教育過程も同様である。

しかし臨床という概念は，今日では広く捉えられている。臨床社会学者として著名なブルーンとレバツハ（Bruhn, J. G. and Rebach, H. M.）は臨床社会学の対象領域に個人のマイクロレベルから国家システム（National systems）や世界システム（World systems）といったマクロレベルまでをも含めているし（1996, p. 6 および pp. 143-162），彼らの編による『臨床社会学ハンドブック（第2版）』の13章にはモートン（Morton, M. A.）による「社会政策（Social Policy）」の論文が収められている（Morton, M. A. 2001, pp. 251-266）。

だが，臨床研究の基本が問題解決志向であるとしても，その対象領域を過度に拡大すると，臨床本来の概念は拡散して内容は空疎になってしまう。臨床教育社会学が現実の教育問題の解決という社会的要請に応え，その主体性を主張して社会的認知を得ようとすれば，問題解決を志向した具体的な一定の役割を継続的に果たさねばならず，そのためには対象を実際に臨床実践活動の可能な領域に限定すべきではないか。臨床が対人関係的事象を指す概念であり，そしてまた臨床教育社会学の独自の方法が現実の教育問題に介入するところにあるとすれば（後述），その対象は自ずから個々の研究者／実践者が介入可能な領域，すなわち対人関係的次元あるいは集団的次元の領域に限定されてこよう。臨床の基本は対人関係的な治療的営みを意味し，教育の基本は対人関係的な指導的営みを意味する。

対象を対人関係的次元・集団的次元の領域に限定するということは，個人を社会的文脈において取り上げるというマイクロ・アプローチをとるということである。ブルーンとレバツハは臨床社会学の領域をマイクロ（micro）-メゾ（meso）-マクロ（macro）の3つのレベルの連続体として設定しているが（Bruhn, J. G. and Rebach, H. M. 1996, p. 6），しかしマクロレベルの問題は全体的な構造的特性を示し，部分的・個人的な特性を示すマイクロ-メゾレベルの問題とは性質も異なり，方法論も異なる。研究者／実践者がマクロレベルの問題に実際に介入するには限界があるし，介入すべき具体的な臨床の場も必ずしも明確ではない。ブルーンとレバツハ自身がマクロレベルはマイクロ-メゾレベルとは違って，問題も解決も複雑だと述べている（Bruhn, J. G. and Rebach, H. M. 1996, pp. 143-162）。そして介入が，科学的方法にもよるが，人道主義的価値（humanistic values）によっても導かれ，しかもいずれの場合においても対象事例の個人（クライアント）を中心にし，その個人の自己決定（self-determination）を尊重したものでなければならないとすれば（Rebach, H. M. 2001a, pp. 22-24），それは対人関係的次元あるいは集団的次元の領域におい

てこそ可能性が高くなるのではないか。個人（クライアント）を社会的文脈において理解し、その個人の問題状況を把握することが容易になるからである。もちろん、対象領域を過度に自己規制する必要はないが、少なくとも当面は具体的な臨床的実践の場として対人関係的・集団的次元の領域に焦点を合わせ、研究を蓄積していくべきだろう。実際、これまでの臨床研究の蓄積は対人関係的次元の研究に限られている。

そしてこの社会的文脈における個人を対象とするところに、個人の内面に働きかけようとする臨床心理学とは異なった、臨床教育社会学の特徴があるといつてよい。対象事例の個人を人間関係のネットワークの中心的位置（centrality: Katz and Lazarsfeld 1955=1965, 84頁）におき、その個人の対人関係にアプローチするのである。

2.2. 臨床教育社会学の方法

2.2.1. 介入とデータ蒐集

臨床教育社会学が社会的文脈における個人を対象にするとすれば、具体的には教育問題は個人の発達に関わる問題となる。個人の発達に関わる問題を社会的文脈のなかで理解しようというわけである。そしてその発達に関わる問題に介入するため、その個人および対人関係や集団に関するデータを蒐集・分析して介入の具体的方法を検討しなければならない。この段階が査定（assessment）である。そしてこの介入（intervention）が臨床教育社会学の方法の特徴である（Rebach, H. M. 2001a, 15-35 頁）。だから臨床教育社会学の研究方法は、まず対象事例としての個人の発達の問題が決定され、データが蒐集・分析されて介入の方針・方法が決められ（査定の段階）、実際に介入し（介入の段階）、その介入の結果を評価（evaluation）する（評価の段階）という一連の過程を辿るのである。しかし個人の発達に関わる問題であっても、その個人を中心とした対人関係のネットワークには価値観や価値規範、立場を異にした複数の人々が加わっているから、問題は単純なものではなく、したがって一回限りの査定－介入－評価によって問題が解決するとは限らない。そこで査定－介入－評価の循環過程が起こるわけである。だが、それは同一レベルの反復ではない。循環過程は螺旋形を描きつつ繰り返される。問題の選択・決定と臨床的仮説の生成、その仮説に基づいての実践的介入、その介入結果の評価と検討、その評価と検討に基づいた新たな仮説の生成、その検証という螺旋形の過程が循環されるわけである。この循環過程が臨床的実践研究としての仮説生成－検証過程であり、

臨床的実践活動としての臨床過程である。臨床教育社会学が実践に関する研究活動と実践活動とから構成されていることは既に述べた。

ところで臨床教育社会学が対象とする事例の個人をクライアント (clients) という。クライアントとは介入によって恩恵を受ける人々のことである (Rebach, H. M. 2001a, p. 15)。このクライアントとその対人関係に関するデータはクライアント自身の語り (narrative) から蒐集される。クライアント自身に自らが抱えている問題を自由に語らせ、その語りに現れる出来事にしたがって連想を膨らませるように求めていく方法である。同時に出生状況、学歴、生育史といった個人の社会的カテゴリーに関するデータも蒐集しなければならないことはいうまでもない⁽³⁾。しかしデータ蒐集は語りの方が中心になる。

この語りによって研究者／実践者はクライアントの内的状態について、またその対人的状況や集団的状況の認識を得ることができる。だが、自由に語らせるためにはクライアントの不安を取り除かねばならない。何の指示も与えられずに自己について語ることにクライアントは二重の不安に襲われるからである。指示がないために研究者／実践者が自分 (クライアント) をどう評価しているか皆目見当がつかないという不安と自己についての自分の語りが通常から逸脱しているのではないかという不安である。こうした不安を取り除くためには、研究者／実践者はクライアントに対して常に受容的な態度で接し、クライアントにとって「信頼できる人 (reliable person)」でなければならない。レバツハは研究者／実践者がクライアントと信頼関係を築いていくためには、クライアントの語りに対して寛容的傾聴 (open listening) と積極的傾聴 (active listening) が必要だとし、さらに積極的傾聴のためには最低限の誘導 (minimal prompts)、言い換え (paraphrasing)、問いかけ (questioning)、共感的反応 (empathic responding)、感覚言語の傾聴 (listen for sensory language) といった技法が必要だとしている (Rebach, H. M. 2001b, pp.44-48)。なかでも共感的反応が最も重要である。研究者／実践者はクライアントの感情を共有し、情緒的に理解しなければならないからである。クライアントとの共感的な態度を貫くことによって介入の局面や技法や時機が生まれてくる。その意味では介入は研究者／実践者とクライアントとの協働活動だといってもよい。

2.2.2. クライアントの問題と自己再定義

クライアントの問題とはクライアント個人の発達に関わる何らかの歪みである。クライアント自身が悩んでいるか周囲の人々が悩んでいるクライアント個人の歪ん

だ行動である。したがって実践的介入の目的はクライアントの行動を変化させることにある。そのためにはクライアント自身が抱えている価値観や価値規範を転換させ、これまでの事実認識の枠組を再構成させてクライアントの自己イメージを変容させねばならない。「自己再定義 (self-redefinition)」である⁽⁴⁾。研究者／実践者は、クライアント自身が自己を再定義して、それまでの自己イメージを払拭し、積極的な自己イメージへと転換するように介入していくわけである。この過程が再社会化 (resocialization) である。再社会化とは信念や価値、自己概念(自己イメージ)の転換を意味する (Gegas, Y. 2000, p.2860)。したがって問題の解決とはクライアント自身の自己再定義にある。クライアントが自己評価を取り戻し、積極的な自己イメージを形成するように介入して自己を再定義させ、クライアントの自己を回復させることが臨床教育社会学の目的となる。

ところで個人の自己イメージは、その個人を取り巻く周囲の人々の期待と評価から形成される。だが、そうした人間関係のなかでも取り分け重要な影響を与える人々がいる。重要な他者 (significant others) である。重要な他者の期待と評価が自己イメージの形成と維持にとって特に重要である。しかし重要な他者も個人が成長するに伴って替わっていく。だからその個人にとって過去において重要な他者は誰だったのか、あるいは現在は誰なのかがわかれば、その個人の自己イメージを理解するのに有用である。そしてさらに個人が取り結ぶ重要な他者は、その個人の社会的地位によって制約を受け、またキャリア (career) によっても制約を受ける。だからクライアントの現在の重要な他者の一群を社会的地位との関連から捉え、またこれまでの重要な他者の配列をキャリアから捉えることができる (Gerth, H. H. and Mills, C. W. 1953, pp. 87-94 = 訳書 1970, 102-108頁)。だからクライアントを対人関係的ネットワークの中心的位置において捉えなければ、クライアントを理解することができないし、問題は解決しない。これが個人を社会的文脈において理解するという意味である。

しかし、社会的文脈といっても個々のクライアントによって異なるから、蒐集されるデータは個々のクライアントをそれぞれに対象とした記述的な質的データとなる。そしてこうした質的データに基づいて臨床的実践研究としての仮説生成－検証過程が遂行される。だから臨床教育社会学における研究方法は基本的には事例研究法となるわけである。

3. 子どもの居場所の臨床教育社会学

3.1. 子どもの問題行動と子どもの居場所

子どもの問題行動といっても多様な形態がある。不登校、引きこもり、自殺といった非社会的問題行動もあれば、犯罪・非行、いじめ、校内暴力といった反社会的問題行動もある。あるいはそうした明確な問題行動の形態には至らない軽微な不良行為など。しかしいずれの問題行動であっても、そこに共通して見られるのは問題を抱えた子どもたちの否定的な自己定義である。自己を否定的に定義し、否定的な自己イメージを形成して自己の可能性を自ら狭く制限してしまっているのである。それは周囲の人々から、取り分け重要な他者—両親、教師、友人・仲間など—から否定的な評価しか受けてこなかったか、あるいは全く無視されたり、軽視されてきたからである。そのために子どもは自己に確信を持つことができず、常に自己に不安を抱かざるを得ないのだ。だから自己可能性感覚を持つことができない⁽⁵⁾。そうした不安は解消されない限り、さらに予期された不安を呼び起こし、不安はますます増幅されていく。こうした不安状態が維持され、自己可能性感覚を持つことができないと、不安がもたらす情緒的苦痛に耐え難く、ために一時的にしろ、不安や情緒的苦痛から逃避するために問題行動に走るわけである。

子どもは未だ確固とした自己を確立しておらず、自立的に生きていく能力を持たないから周囲の人々から受ける評価が否定的であったり、彼らの態度が全くの無関心であったとしても、その否定的な評価や無関心の態度を自己の期待や都合に沿うように修正したり、屈折させたり、あるいは拒絶したり、無視したりするほどの力はない。だから周囲の人々の評価や態度、取り分け重要な他者の評価や態度がそのまま子どもの自己評価に反映し自己イメージとなるのである。

したがって子どもの問題行動を解決するためには、子どもたち自身が否定的な自己イメージを積極的な、肯定的な自己イメージに転換して、自己可能性感覚を持つようにしなければならない。それが先の自己再定義である。そしてその自己再定義のきっかけを与えるのが研究者／実践者の介入なのだ。だから介入とは、子どもに自己再定義の転機を作り出し、子どもを不安状態や情緒的苦痛から解放させるための援助活動なのである。そのために研究者／実践者は、まずクライアントである子どもを理解するための手掛かりとなるデータを蒐集しなければならないのだ。データを蒐集・分析して、子ども自身の価値観や価値規範、事実認識の枠組、問題状況についての意味づけや解釈、提示された自己イメージを捉え、それを子どもが置か

れてきた過去の、あるいは現在の、人間関係のネットワークの状況や集団的状况といった社会的文脈との関連において理解しなければならないのである。そしてそうしたデータを蒐集するためには子どもに自らの過去と現在をありのままに語らせることが必要である。そのありのままの語りがデータとなるからだ（連想法）。

しかし、こうした子どもたちはこれまで周囲の人々、そして重要な他者から否定的に評価され、無視され続けてきたために周囲の人々、ひいては一般の人々に対して強い不信と懐疑の念を抱いている。だから如何に誘導されようとも自己について語ることに躊躇したり、語ることを拒否したりする。だから研究者／実践者が最初に為すべきことは、子どもたちの不信と懐疑の念を取り除き、彼らに安心感とリラックス感を与えて思いのままに語るができるような「場」を設定することである。何をどのように語ろうとも、決して否定されたり無視されることはなく、また裏切られることはなく、語ることは全てがそのままに受け容れられるのだという安心感と信頼感を子どもが持てるようにしなければならない。ハーマンは子どもの心的外傷の治療には「安全の確保」こそが最初の中心課題であるとしているが（Herman 1992=1999, 241頁）、それは子どもの問題行動の全てに妥当する。

こうした、子どもが安心感とリラックス感を持てる場こそが子どもの「居場所」である。子どもの居場所とは子ども自身がホッとして安心できる、心が落ち着ける、そこに居る他者から受容され、肯定されていると実感できるような空間をいう（住田 2003, 5頁）。もともと子どもの居場所は不登校問題から出てきている。子どもは1日のうちの一定時間帯は学校に居なければならないが、何らかの理由で学校には行くことができない。だから家庭に居ることになる。だが、その時間帯の家庭は子どもが本来居るべきでなく、居るはずのないところである。そこで不登校の子どもたちがいつでも安心して居られるところ、すなわち居場所が問題になってきたのである。だから居場所は子どもにとって本来は避難場所、逃避場所を意味していた。だが、居場所のなかで子どもは漸く自分が居てもよいところ、自分が居られるところとして、安心感や安全感、リラックス感を覚え、自己を安定化させることができたのである。子どもが居場所に安心感やリラックス感を持つことができるのは、そこに居る同世代の子どもたちが自分と同じような立場・境遇にあって、そのために感情や現実認識を共有することができるからであり、また問題を共有していることから互いに同情的な理解と支持を示して、相互に受容的となるからである。だから子どもは居場所のなかで自己受容と他者受容を経験し、問題は自分だけではないという安堵感とともに自身が受容されているという安心感・信頼感から自己に確証を

持つことができ、自己安定感を持つことができるのだ。こうして居場所に受容的態度が生まれる。この受容的態度こそが子どもの居場所の神髄だといってよい。精神医学者のパトナムは「(治療を受ける) 児童は愛情と安全とを必要とする。このニーズを満たすものは信頼できるケア関係と安定した環境である」(Putnam 1997=2001, 341頁) と述べているが、子どもの居場所は正にそうした場所なのである。

こうした居場所のなかでこそ子どもは自己の否定的定義という呪縛を解いて自己を解放し、ありのままの自己を表出して自らの過去と現在を思うがままに語ることができる。研究者／実践者は子どもの語りを傾聴(listening)しつつ、介入の機会と方法を探っていく。だが、子どもの問題はそれぞれに原因も形態も内容も、そして年齢も異なるから、介入といっても、対象とする子ども一人一人によって技法や時機、状況が異なる。だから個々の子どもが、それぞれに異なる社会的文脈と社会的背景のもとで、どのように価値観と事実認識の枠組を形成して自己を定義し、自己イメージを形成しているか、そしてそのような事実認識の枠組と自己イメージは過去の、どのような生育過程や対人関係の状況から生じ、そして現在の対人関係の状況や集団的状況のなかでどのように維持されているかを研究者／実践者は、介入の前に、子どもの語りから分析し推定して明らかにしておかなければならない。そして子どもに語らせるためには、子どもに過去の、あるいは現在の生活体験を言語化させなければならぬが、その際に使用された言語や語彙、表情、さらには視線やジェスチャーもコミュニケーションの形態であるから、それら全てが子どもの語りの意味を解釈する手掛かりとなる。しかしこの、子ども自身の語りは、一方において子ども自身に対しても自らの問題行動の意味を理解させることにもなる。自己は自分自身について物語ることを通して産み出されるものなのだ(浅野 2001, 4頁)。ただし、研究者／実践者が受容するのは子ども自身であって、つまり子どもの人格であって、子どもの価値観や事実認識の枠組でないことはいうまでもない。

こういうわけで臨床教育社会学の研究者／実践者が最初に為すべきことは、子どもに安心感とリラックス感を与える「子どもの居場所づくり」だといってもよい。

3.2. 子どもの居場所と臨床教育社会学

居場所は子どもの問題行動の解決にとって2つの意味を持つ。1つは居場所が、いわばセルフヘルプ・グループ(self-help group)として作用しているということであり、他は居場所が研究者／実践者にとって、臨床的な介入の場だということである。そしていずれの場合も子ども自身の自己再定義の機会をつくり出す。

居場所において子どもは自分と同じような立場・境遇にある同世代者と遭遇し、自己と同質的な人間、つまり仲間の存在に気づく。それは自分だけではない、仲間も同じなのだという、いわば呪縛からの解放となり、自分だけでは処理できない不安や情緒的苦痛の軽減あるいは解消となる。だから自己について思うがままに語り、表現しても、他の仲間の評価を何ら気にすることはない(自由連想的発話)。むしろ仲間は共感をもって傾聴し受容してくれる。そしてまた自分も他の仲間の語りに共感できる。そこに子どもたち相互の共感関係が形成される。この共感が子どもたちにとって、いわば集団治療の力として作用するのである。だから居場所は子どもたちに対してセルフヘルプ・グループとして作用し、自助的機能を果たしているといえるのだ。それには2つの過程がある。1つは仲間から受容されることによって子どもは自己に確信を持つことができ、同時に閉塞的な自己を解放させていくという過程である。この過程において子どもは自己を再確認することができる。もう1つは同質的な仲間の言動を通して自己を客観的に観察することができ、それまで気づかなかった自己の側面を意識するようになるということである。正に「鏡に映った自己 (looking-glass self)」である。この過程において子どもは自己を再発見することができる。居場所は子どもにとって自己の再確認と再発見の場として機能するのである。

居場所は、また研究者／実践者にとっては実践的介入の場となる。この場合、研究者／実践者は交互に2つの立場をとる。外的観察者と治療者の立場である (Berger, D. M. 1987=1999, 109頁)。居場所といっても子どもは初めから研究者／実践者に安心感や信頼感を寄せるわけではないから、研究者／実践者も初めは子どもに対して外的観察者の立場をとる。子どもを観察し、語るきっかけをつくり、そしてその対話の過程で子どもの内的世界に入る手掛かりを探るわけである。子どもの内的世界に入れば、治療者として子どもと密接に情緒的調和を持ちつつ、その価値観と価値規範・事実認識の枠組を探り、それが過去および現在の、どのような社会的文脈から産み出され、変遷してきたものなのかを理解しようとする。この過程は、先に述べた寛容的傾聴と積極的傾聴によって進められるが、それは子どもに対する同情的な理解と受容的な態度という共感的理解を伴っていないなければならない。共感的理解を伴っているからこそ傾聴は傾聴として成り立つのである。そこに共感的関係が生まれてくる。そしてこの共感的関係の過程で介入の局面や目標、技法や時機が生まれてくるのである。また状況に応じて研究者／実践者は再び外的観察者として子どもの語りの流れを観察し、全体としての子どもの体験状態を推定して、子ど

もの問題状況を社会的文脈との関連において客観的・知的に評価する。この観察と推定を根拠にして研究者／実践者は介入のプログラムをデザインするのである。

この居場所で研究者／実践者が用いる実践的方法は、先に見たように「自己物語 (self-narrative)」である。臨床的実践活動の目的は、問題を抱く子どもの自己再定義であるから、そのためには彼らが現に抱いている自己イメージの形成過程や変遷過程を知らねばならないが、それは子どもが自分自身の過去から現在に至るまでの出来事を物語ることによって可能となる。自己イメージは自分自身のうちで自己物語を絶えず語り続けることによって維持されているものなのだ (浅野 2001, 7 頁)。これまでの出来事を子ども自身はどのように解釈し、意味づけてきたのか。その結果どのような物語が構成されているか。そのなかで子どもは自己をどのように定義してきたのか。物語という形式をとることによって子どもは自分や周囲の人々を作者と主人公、登場人物の関係に置き換えて語ることができる。さらに作者や主人公、登場人物は複数を設定することができるから、子どもは自己を複数の、多様な視点から見ることができる。つまり複数の自己像を描くことができ、自己の多面的な理解が進むわけである。こうした多面的な自己理解に基づいて自己再定義が可能となる。それが研究者／実践者の臨床的介入の目的なのである。

〈注〉

- (1) 下山は、臨床心理学研究は実践性、これまでの心理学研究は科学性をそれぞれ重視していると述べている (2001, 16頁)。
- (2) 教育社会学における教育実践の問題については既に清水 (1955, 255-265頁) が取り上げている。
- (3) D.M.バーガーは、ここでいう語りの方法を連想法、社会的カテゴリーを医学モデルといている (Berger 1987=1999, 109頁)。
- (4) 井上は政策現場における状況の定義と再定義について述べている (井上 2000a, 195-218頁; 2000b, 127-135頁)。
- (5) パトナムは自分には可能性が開けているのだという感じを自己可能性感覚と呼んでいる (Putnam 1997=2001, 341頁)。

〈引用文献〉

- 浅野智彦 2001, 『自己への物語論的接近——家族療法から社会学へ』 勁草書房。
Berger, D. M. 1987, *Clinical Empathy*, Jason Aronson Inc, (=1999, 角田豊・竹

- 内健児・安村直己・西井克康・藤田雅子訳『臨床的共感の実際』人文書院).
- Bruhn, J.G. and Rebach, H. M. 1996, *Clinical Sociology: An Agenda for Action*, Plenum Press.
- 福武直・日高六郎 1952, 『社会学』光文社。
- Gegas, Y. 2000, "Socialization," Borgatta, E.F. and Montgomery, R.J.V. *Encyclopedia of Sociology* (2ed), vol.4, Macmillan Reference USA, pp.2855-2864.
- Gerth, H.H. and Mills, C.W. 1953, *Character and Social Structure: the psychology of social institutions*, Harcourt, Brace & World, Inc., pp. 93-94, (=1970, 古城利明・杉森創吉訳『性格と社会構造』青木書店).
- 畠中宗一編 2000, 『臨床社会学の展開 (現代のエスプリ 393)』至文堂。
- Herman, J.L. 1992, *Trauma and Recovery*, Basic Books, (=1999, 中井久夫訳『心的外傷と回復』みすず書房).
- 家坂和之 1959, 「社会学の学問的性質」新明正道編『基礎社会学』誠信書房, 1-21頁。
- 井上真理子 2000a, 「政策現場の臨床社会学」大村英昭・野口裕二編『臨床社会学のすすめ』有斐閣, 195-219頁。
- 2000b, 「政策現場の臨床社会学」畠中宗一編『臨床社会学の展開 (現代のエスプリ 393)』至文堂, 127-135頁。
- 河合隼雄 1995 「臨床心理学概説」河合隼雄監修, 山中康裕・森野礼一・村山正治編『臨床心理学 (第1巻/原理・理論)』創元社, 3-26頁。
- Katz, E. and Lazarsfeld, P.F. 1955, *Personal Influence*, The Free Press (=1965, 竹内郁郎訳『パーソナル・インフルエンス』培風館).
- Marzillier, J. and Hall, J. 1999, *What is Clinical Psychology?* (=2003, 下山晴彦訳『専門職としての臨床心理士』東京大学出版会).
- Morton, M.A. 2001 "Social Policy," Rebach, H. M. and Bruhn, J.G., *Handbook of Clinical Sociology* (second edition), Plenum Press, pp.251-266.
- 大村英昭・野口裕二編 2000, 『臨床社会学のすすめ』有斐閣。
- Putnam, F.W. 1997, *Dissociation in Children and Adolescents: a Developmental Perspective*, Guilford Press, New York, London, (=2001, 中井久夫訳『解離——若年期における病理と治療』みすず書房).
- Rebach, H.M. 2001a, "Intervention in Clinical Sociology," Rebach, H.M. and Bruhn, J. G., *Handbook of Clinical Sociology* (second edition), Plenum Press,

pp.15-35.

———— 2001b, “Communication and Relationships with Clients,” Rebach, H. M. and Bruhn, J. G., *Handbook of Clinical Sociology* (second edition) Plenum Press, pp.37-51.

Rebach, H.M. and Bruhn, J. G. 2001, *Handbook of Clinical Sociology* (second edition), Plenum Press.

清水義弘 1955,「教育社会学の主体性」『清水義弘著作選集第1巻 教育社会学——政策科学への道』(1978)第一法規に再録, 255-265頁。

下山晴彦 2001,「臨床心理学研究の多様性と可能性」下山晴彦・丹野義彦編『講座臨床心理学2 臨床心理学研究』東京大学出版会, 3-24頁。

住田正樹 2003,「子どもたちの『居場所』と対人的世界」住田正樹・南博文『子どもたちの「居場所」と対人的世界の現在』九州大学出版会, 3-17頁。

ABSTRACT**Places of Belonging for Children and the Clinical Sociology of Education****SUMIDA, Masaki**

(Kyushu University)

3-23-13 Miwadai, Higashi-ku, Fukuoka, 811-0212 Japan

The aim of this paper is to provide an outline of the clinical sociology of education, with the aim of solving educational problems and to think about the effectiveness of “belonging” for problems involving children. The author takes up children’s problems as one example of educational problems, from the viewpoint of the clinical sociology of education.

In recent years, many difficult educational problems have arisen, and the sociology of education needs to carry out useful studies for solving these problems. Consequently, the clinical sociology of education has attracted the attention of many researchers. This is because it aims to actually solve educational problems in a different from the sociology of education, which aims to acquire scientific knowledge. The sociology of education focuses on science, while the clinical sociology of education places weight on practice. Therefore research from the perspective of the clinical sociology of education should be useful for solving actual educational problems.

The defining characteristic of the methodology of the clinical sociology of education is intervention in actual educational problems. It attempts to solve actual educational problems through interventions. Therefore, the author argues that it is necessary to limit the object of the clinical sociology of education to fields where the scientist and practitioner can actually intervene. In other words, the field of the clinical sociology of education should be limited to the dimensions of interpersonal relations and groups. This means that the clinical sociology of education takes the individual in social context as the unit of analysis.

There are various patterns of problem behavior among children. Whatever form it takes, however, negative self-definition is a common feature. Therefore, such children always suffer from undefined anxieties about themselves. Children adopt problem behavior as means to escape from these anxieties. Children must redefine themselves in order to overcome such problem behavior. The negative self-definition of the child is changed into an active, affirmative one. That is the intervention of the researcher and practitioner.

Here, it is “belonging” that prompts the beginning of the child’s self re-definition. “Belonging” means a gathering of similar children. Therefore, it indicates a place where the child can feel at ease, relaxed, free and can become calm. Therefore, (1) “belonging” acts as a self-help group and (2) “belonging” refers to a place where children can speak freely. Therefore, it is a clinical place where the researcher and practitioner can actually intervene. Children redefine themselves in the place where they belong, and can experience self-reconfirmation and rediscovery.

This self-redefinition is the solution to children’s problems, and it is the goal of the clinical sociology of education.