

看護実習生理解の鍵としての 急性ストレス反応と青年期発達課題¹

高田 毅

健康科学大学 健康科学部 福祉心理学科

Acute Stress Reaction and Developmental Tasks in Adolescence as the Key Concepts for Understanding Intern in Nursing

TAKADA Tsuyoshi

要 旨

実習生の理解のための鍵変数として急性ストレス反応と青年期発達課題の2変数が導入された。実習現場での実習指導者・教員を含めた実習生の心理的状況を本学の実習体制の状況も踏まえて抽出した。その上で、アセスメントにおける2変数の意義とそれを踏まえた対応のポイントが示された。急性ストレス反応は誰にも起こりうる反応である。さらに、ストレス刺激を見失うことが起こり、本人にストレス反応の自覚が生じにくい。したがって、実習生に限らず、実習指導者・教員もストレス状況を振り返る時間・空間が重要である。また、青年期発達課題を踏まえたときに、実習指導者や教員との関係で自立と依存の葛藤を抱きやすい。そのため、実習生は助けの求めを出すことが難しい。実習指導者・教員が急性ストレス反応をアセスメントの仮説とし、能動的に声かけをしながら仮説を検証していく姿勢が重要である。実習指導者・教員の助けを得ながら、セルフケア能力を身につけていくことが実習生の成長に貢献すると考える。

キーワード：急性ストレス反応，青年期発達課題，臨地実習

I. 問題

本学の看護学部の第1期生は3年生となり初の長期の臨地実習に挑むことになった。約4か月の期間に、成人看護領域（急性期・慢性期）、老年看護領域、母性看護領域、小児看護領域、精神看護領域、在宅看護領域（地域・訪問看護ステーション）の8領域を1週から3週ごとにローテーションで実習する。大学のように守られた環境ではなく、臨床現場という患者が第一となる現場に適応することを強られる。その上、一つの領域における期間は短く、環境に慣れてきた頃には次の領域のローテーションとなってしまう。学生は新し

い環境に慣れるという課題を実習内容と同時に対応することを求められる。当然、適応できる学生と適応が難しい学生との個人差は大きく出ることが予想される。

2017年の「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」において、『看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～⁴⁾が提示された。看護学教育モデル・コア・カリキュラムの考え方の章における、看護学生に求めたいこととして、以下の一文がある。

「実習等で目にするのは看護の対象となる人

¹本稿は、2018年8月9日に行われた、健康科学大学看護学部平成30年度臨地実習指導についての意見交換会における講演「実習生理解の鍵：青年期発達課題、急性ストレス反応」の発表原稿が元となっている。個人情報に関わる部分を削除し、加筆修正したものが本稿である。

の生活の一場面にすぎないが、その人にとっては生老病死といった人生の極めて重大な出来事に立ち会っているということを肝に銘じてほしい。」(p.5)

実習現場には、人の生死がすぐ間近に存在する。大学という守られた環境で講義や演習を受けるのは異なり、医療の現場に入って実践から学ぶことを求められる。まさしく、「実地で臨む」臨床実習である。こうした中、実習生は孤立の危機にさらされることになる。例えば、患者は困ったことがあれば、実習生よりも看護師を頼りにする。実習生は自分の居場所を脅かされる。さらに、臨床現場では最優先されるのは患者であり、大学のように学生が最優先になるわけではない。したがって、困ったときに病院スタッフや教員に能動的に助けを求める能力が重要になる。しかし、その個人差は大きい。助けが正当に求められない結果として、実習システムの枠を飛び越えて助けの求めが外にもれていく。さらには、SNSでの個人情報拡散などの信用失墜行為、自傷行為などの行動化、実習からのドロップアウトなど対応が難しくなることも考えられる。こうなってしまうと現場の教員・実習担当者は実態を把握することそのものが困難になってしまう。臨床の現場は学生に突然、対応不能な強烈な刺激を与えることも少なくない。患者の危機場面は数多く存在するが、学生にとっても危機場面が数多く存在するのである。その結果、急性ストレス反応²¹⁾を容易に起こす。例えば、竹村・山崎・小俣・山田¹⁸⁾は、学生が受け持ち患者の症状悪化や、見たことのない処置に、驚き、恐怖を感じて立ち尽くす場合について言及している。こうした立ち尽くす反応も急性ストレス反応の例である。

今回の講演依頼のポイントは、青年期の学生の理解を進めるための心理学的視点についてであった。その背景には、実習上の問題が起こった時にその場の対処に追われて、学生理解が後手に回ってしまっているという問題意識があった。その結果、実習での出来事を実習生の学習につなげることが難しくなっていた。それを打開するべく、実習生の学習を促進する実習指導者・教員へのヒン

トが求められていた。つまり、実習生理解のための鍵概念とそれを踏まえた学生理解の視点の提供が求められた。さらには、実習生への介入指針も含まれていた。

さらに、看護実習生の理解し難い行動の例がいくつか挙げられた。急性ストレス反応としてのしづみつき行動や身体化反応、青年期に顕著になりやすい発達課題の視点から理解できるものが多かった。したがって、こうした急性ストレス反応や青年期発達課題の理解の枠組みを持っていないと、理解が難しくなり、対応が難しくなってしまう。逆に、急性ストレス反応の理解や青年期発達課題という視点を持つことは、実習生の理解を助けることになるのはもちろんのこと、対応方針を組み立てるときの羅針盤ともなる。

II. 目的

実習生の心理的側面を理解するために、青年期発達課題と急性ストレス反応の2変数を用い、実習生理解のポイントとそれを踏まえた対応方針を示すことを目的とする。

III. 方法

本論では、青年期発達課題と急性ストレス反応の2つをその鍵概念として同定する。各概念を概観した上で、看護実習生の心理学的理解を示す。さらには実習指導者・教員を含めた、実習現場での心理的理解を本学の実習体制の状況も踏まえて抽出し、対応のポイントを示す。

IV. 看護実習生の理解

1. 対人援助職を目指す人の傾向

看護職を含む対人援助職を目指す人には一定の傾向がある。例えば、Ronnestad & Skovholt¹⁶⁾は心理臨床家の発達モデルを臨床心理学・カウンセリング心理学を学ぶ北アメリカの大学院生や臨床経験の異なるサイコセラピスト計100名へのインタビューをもとに論じた。それによると、第1期の心理援助を学ぶ前の学生の特徴として、日常的な人間関係の体験でアドバイスをすることでの成功体験や失敗体験がその後の心理職に関心を持

つきっかけとなると述べている。この指摘は心理職に関する指摘であるが、心理職以外でも日常の体験が対人援助職に関心を持つきっかけになっている例は多い。背景には、対人援助をする立場になることを通して、対人援助されたい欲求を表現している可能性が考えられる。看護職に当てはめるならば、ケアする立場を望むことを通して、ケアされたい欲求を表現しているということである。これはすべての学生に当てはまるわけではない。ただし、こうした特徴を踏まえると、相手をケアすることに関心が行きやすいあまり、ケアされたい欲求などの自分自身の体験を二の次にしてしまいやすいのである。つまり、自分を見失うことが看護実習生には容易に起こる。さらには、自分の体験プロセスへの関心が薄いために、振り返って言語化することも難しい。このため、助けを求めるための自分の不安や危機を見過ごしてしまいやすい。正常性バイアス¹¹⁾のように、もともと人間には危機を否認しやすい傾向が社会心理学や災害心理学の研究で指摘されている。これに加えて対人援助を目指す学生の特性がさらに助けを求めること難しくする。

2. 青年期発達課題の特徴

本論の対象の看護実習生は3年生なので、年齢にすれば20歳以上である。発達段階としては、青年期後期に相当する。青年期後期の発達課題について、Tyson & Tyson¹⁹⁾は様々な精神分析理論を統合することを通して発達課題を整理している。その中で強調されていることの一つとして自我の優位性Ego Supremacyがある。潜伏期までは親由来の超自我に頼っていた自我の運営を思春期以降、自我を支える基準を親由来の超自我から、仲間集団などの代理超自我¹⁵⁾に移行していく。こうした過程を通して自らの超自我を再編し、価値観を形成する。それが自我の判断基準となる。自らの価値観が自我感覚を支えていくことになる。こうした、自我運営感覚の再編と拡大が自我の優位性であり、青年期発達課題の一つとされている。

青年期後期は、自我の運営感覚を身につける発

達課題を試行錯誤しながら身につける途上にある。多くのトラブルは自我の優位性を身につけようとする試行錯誤の過程と絡んで出現する。そのため責任感覚は発達途上である。実際には自分のミスをごまかしたり、勝手に大丈夫だろうと過信したりとして責任を避けてしまうという形で現れやすい。

さらに、思春期課題の残余も想定しておく必要がある。思春期以降、一人前の大人として独立したい欲求を持ち、それを模索する試みが始まる。大人に頼らず自分一人で成し遂げたいという欲求、そして、第二性徴に伴う身体的変化が組み合わせられた結果、自己愛性が高まる²⁾。そして、大人への反抗、反発も起こりやすくなる。同時に、大人から評価されることに非常に敏感になる。特に実習指導者・教員は実習を支えてくれる存在であると同時に、実習の成績評価をする大人でもある。当然評価をする大人からどう見られているかを実習生は意識することになる。実習生は見せたい自分と見られる自分の間で葛藤を抱えやすい。また、その葛藤を大人に隠しやすい。竹村他¹⁸⁾は、評価される立場として、教員に理解不足であること、実施できないこと、苦手なことを直接表現するとは限らないことを指摘し、そのために、「やる気がない」ように見え、「考えていない」ように周囲に誤解されることがあり、実習指導者と学生の関係調整が必要であったことを例示している。一方で、無理をして出来ないことでも出来ると自己愛的な主張も起こりやすい。こうした発達課題が危機状況の否認や回避に繋がりやすい。状況が悪化して本当にどうにもならなくなったときに、実習生の行動化や身体化という形で問題が浮上することになる。

もう一つ押さえておきたい青年期のポイントとして、表現力も発達途上であることが挙げられる。知識をそのまま取得することに慣れすぎていて、自らの頭で考えたり、応用したり、表現することが苦手な実習生が多い。ディスカッションをしても自らの主張を展開することに慣れていない実習生が目立つ。特に国家資格取得がゴールの一つとなる看護師などのカリキュラムでは顕著である。

これに加えて、前述の通り自分の体験を振り返るよりも相手をケアする方に関心が行きやすいことも重なる。さらに、竹村他が指摘しているように、「専門用語の使い方も不慣れな段階の学生は、使い方を間違い臨床実習指導者に正確に伝えることができない状態にある」¹⁸⁾。こうした要因が重なり、自分の体験や考えを言葉にすることが苦手な実習生が多い。表現の苦手さは助けの求めを出すことの手さきに直結する。助けの求めが出せないことによって、身体化や行動化による欲求の表現に置き換わることが容易に起こる。

V. 実習指導者・教員の思い

実習指導者・教員も様々な思いが交錯しながら実習指導に携わっている。本講演に先立っての実習指導者へのアンケートからは、実習指導に対する不安が一定数上がっていた。特に本学は第1期生を実習に送り出すという状況であり、実習指導体制を作り上げている過程にある。本学との間での実習指導体制は教員も実習指導者も初めての体験であり、それにまつわる不安が生じることは当然の反応である。

さらに、実習指導者は実習先の組織における様々な現状の制約を受けながら実習指導に当たることになる。通常業務に加えて実習指導に当たることにともなう単純な業務量の増加に加え、組織的な方針と実習指導者の指導方針の相違による葛藤を抱えることが多いようだった。これは講演後の意見交換会の中で複数名の実習指導者が言及していた。

大学側の教員は2年次の基礎看護実習II、老年看護実習I（施設）などの経験がありながらも、臨地実習の制度の確立を試行錯誤で模索しているところであろう。これくらいはできて欲しいと、実習生の現状以上に期待も高まりやすい状況である。また、うまく臨地実習を終えなければいけないというプレッシャーも大きいと考えられる。こうした背景を考えると、実習指導者も教員もかなりのストレス状況下で実習指導を行っていることが浮かび上がってくる。

VI. 実習生・実習指導者・教員の心理的状況

ここまでを踏まえると、実習生はもちろんのこと、実習指導者・教員も多大なストレス状況下で実習が展開していることが浮かび上がってくる。ただでさえ危機がすぐ近くにある臨床現場に加えて、初めての本格的な長期実習という状況である。実習生・実習指導者・教員の誰もが容易に急性ストレス反応を起こしやすい状況下にいるとまとめることができる。特に、実習生は状況的にも発達課題的にも安全感の基盤が揺らぎやすいので、急性ストレス反応への対応を視野に入れておくことは必須の視点である。

実習指導者・教員も急性ストレス反応に引っ張られ、緊張解消の欲求に引っぱられた実習生対応をしてしまうことには注意したい。危機状況ではスケープゴートが起こりやすい。スケープゴートはリーダーシップ機能不全の集団崩壊の危機に対して生贄を作る。その生贄を集団凝集の結節点にすることで集団凝集性を保持しようとする集団力学である¹⁷⁾。立場が弱く安全感が揺らぎやすい実習生がスケープゴートに選ばれやすい。特に行動化などのトラブルを起こす学生は生贄に選ばれやすい。緊張解消のための憂さ晴らしにも利用されてしまう。スケープゴートなどの集団力学が強くなる前に、実習指導者・教員が自らのストレス状況を振り返る時間と空間を確保することが必要である。自らの急性ストレス反応は実習生の急性ストレス反応を見過ごす共謀を集団力学的に起こしやすくなるからである。こうした振り返りは、結果として実習生を守ることに直結する。以上のように集団力学についての視点も大きな助けになる。

VII. 急性ストレス反応の理解

急性ストレス反応はICD-10にて記述されている²¹⁾（表1参照）。類似の概念に、DSM-5¹⁾の急性ストレス障害、DSM-5とICD-10における心的外傷後ストレス障害、DSM-5の適応障害があるが、これらとは区別される。

区別として重要なのは、「障害」とはせずに「反応」としている点である。つまり、健常者も含め

誰にでも起こりうる人間の反応であることを意味している。この点が、精神障害者ではない実習生・実習指導者・教員を理解するときの視点として活用できるポイントである。またICD-10に記載されているように「一過性」であることも重要である。つまり、適切な対処がなされれば比較的短期間に消失する。逆に対応がなされないことで急性ストレス障害や慢性化していくと心的外傷後ストレス障害へと障害化しかねないということである。

また、「刺激を理解することができないこと」とICD-10において触れられているように、ストレス刺激を本人が見失うことが典型的に起こる。つまり、急性ストレス反応を起こしている本人は急性ストレス反応の自覚がないことが多い。気づくことができたとしても多くの場合、体の違和感や感情のコントロール不全、行動に対する違和感などの形で体験される。直接ストレスが目に見えるわけではなく、ストレスの結果としての違和感によって気づくので、その大元のストレス刺激を自らがたどらない限りストレス刺激が何かに気づくことができない。ストレス刺激に気づくことができないことが、急性ストレス反応を自覚することの難しさの背景にある。

急性ストレス反応の対処がなされずにいると実

習生は困難実習生になりうる。これは、大災害の時に誰もが困難患者になりうると指摘したNg¹²⁾の指摘を実習場面に応用したものである。NgはGroves⁵⁾の臨床場面に共通して生じる困難患者の4種類を引用した。依存的しがみつきの者、要求の権利を振りかざす者、操作的援助拒否をする者、自己破壊的な否認をする者の4種類を挙げている(表2参照)。実際に、依存的しがみつきの者や操作的援助拒否の軽微な例は意見交換会でも実習生のエピソードとして言及されていた。

VIII. 対応のポイント

対応のポイントとして、4点挙げる。まずは、実習生の助けの求めをつかむことである。青年期の発達課題でも言及したように、青年実習生は助けを求めることが下手である。その理由として、思春期由来の自己愛性の高まり²⁾による過信や精神的自立の欲求の反映、大人への反発などが絡むために、大人に頼らずに助けの求めを出さなくても自分でやれると勘違いしがちである。逆に普段依存的で何でも大人に頼るような実習生でも、拒否される恐れから本当に大事なときに頼らずに一人で問題を抱えてしまうこともよく起こる。こうした青年期心理力動を実習指導者・教員が理解することが重要である。そして、実習指導者・教員

表1 急性ストレス反応²¹⁾

F43.0 急性ストレス反応 Acute stress reaction

他に明らかな精神障害を認めない個人において、例外的に強い身体的および/または精神的ストレスに反応して発現し、通常数時間か数日以内でおさまる著しく重篤な一過性の障害である。ストレスの原因は、患者あるいは愛する人(びと)の安全あるいは身体的健康に対する重大な脅威(たとえば自然災害、事故、戦闘、暴行、強姦)を含む圧倒的な外傷体験である場合もあり、肉親との死別が重なること、あるいは自宅の火災のような、患者の社会的立場や人間関係の非常に突然かつ脅威的な変化である場合もある。身体的消耗あるいは器質的要因(たとえば老齢)があると、この障害を起こす危険が高まる。

個人の脆弱性と対処能力が急性ストレス反応の発生と重篤度に関連しており、非常に強いストレスにさらされたすべての人びとがこの障害を起こすわけではないという事実によって、それが立証される。症状は著しい変異を示すが、典型的な例では、意識野のある種の狭窄と注意の狭小化、刺激を理解することができないこと、および失見当識を伴った、「困惑(daze)」という初期状態を含んでいる。この状態の後に、周囲の状況からの引きこもりの増強(解離性昏迷にまで至る - F44.2参照)。あるいは激越と過活動(逃避反応あるいは遁走)が続くことがある。パニック不安の自律神経徴候(頻脈、発汗、紅潮)が認められるのが普通である。症状は通常、ストレスの強い刺激や出来事の衝撃から数分以内に出現し、2,3日以内(しばしば数時間以内)に消失する。そのエピソードの部分的あるいは完全な健忘(F44.0を参照)を認めることがある。

表2 Groves⁵⁾の臨床場面に共通して生じる困難患者の4つのタイプ¹²⁾

依存的しがみつきをする者 **Dependent Clinger**

頻繁でとどまるところを知らない要求をしてきて、場合によっては、臨床家が彼ら避けようとするところにまで至る。

要求の権利を振りかざす者 **Entitled Demander**

いつもあなたを脅し、価値下げをしつつ、飽くことのない要求を突きつけてくる。

操作的援助拒否をする者 **Manipulative Help Rejecter**

あなたのあらゆる努力に反抗する底なしの欲求を持ち、あなたが相手の欲求を満たそうとすればするほど状況は悪化する。

自己破壊的な否認をする者 **Self-destructive Denier**

例えば、コントロール不能な高血糖にも関わらず甘いものをたくさん食べ続けるなど自己破壊的行動にふける患者が含まれる。

の能動的な声かけにより、実習生と近い距離でアセスメントと対処をすることが重要である。受け身に待っていると失敗する。小さな文句や反発、さらには、行動化や身体化が起こったときには急性ストレス反応の対応がうまくいかないことによる助けの求めと受け取って対話ができると良い。

急性ストレス反応によって行動化や身体化が起こっている場合、多くは心的安全空間⁸⁾の求めである。危機状態において、どのように安全を求めかを知っておくことは理解の視点として役に立つ。**van der Kolk⁷⁾**は**Porges¹⁴⁾**の「ポリヴェーガル理論 Polyvagal theory」を用いて、安全を求める行動を3段階に分けて整理している。第1段階は、「社会的関与」である。人間は脅威を感じた時に、本能的に社会的関与を求める。例えば、身の回りの人々に声をかけ、助けや支援、慰めを求める。それが極端になるときはしがみつきの反応が起こる。しかし、誰も助けに来てくれなかったり、危険が差し迫っていたりすると、生体は生存のためのより原始的な方法に立ち戻る。これが第2段階の「闘争/逃避」である。これは、攻撃者を撃退するか、あるいは安全な場所へ逃げるというどちらかの手段によって、機能停止に陥るのを防ごうとする動きである。情緒的に落ち着かなかつたり、情緒があふれてコントロール不全に陥っているときはこの「闘争/逃避」の反応を疑ってみると良い。生存のために交感神経が優位になり、興奮が高まっている状態である。この興奮が収まらないことが続く場合には、過覚醒により不眠などの反応を引

き起こす³⁾。しかし、逃げ出せなかったり、押さえつけられたり、閉じ込められたりと「闘争/逃避」の反応が無効化される場合には、第3段階の「凍結あるいは虚脱」でしのぐことになる。この反応は、生体機能を停止して、エネルギーの消費をできる限り少なくし、自らを守ろうとするメカニズムである。

この3段階を視点としておくときに、助けを求めることは第1段階の「社会的関与」による安全空間の求めと理解できる。助けの求めに失敗し、安全空間が得られないときに第2段階に移行する。「闘争/逃避」の反応として身体化や行動化が起こると理解できる。第3段階まで来ると、実習生の自我は危機状態に対して無力化している。したがって、第3段階への対応は実習生自身が自我の運営感覚を取り戻すことが最優先である。

2点目としては、不安を大事にすることである。実習生は評価の懸念や自己愛的防衛から不安を否認したり、回避したりしやすい。その結果、不安を飛ばして行動化してしまい、それが問題行動になってしまうことが多い。したがって、不安な感覚を実習生本人はもちろん、実習指導者・教員も大事にできると良い。同様に身体化で症状を作れることも能力として大事にできると良い。こうした症状能力は神経症水準として高い自我の能力の反映するものである。症状が作れずに行動化してしまうと、葛藤保持を放棄してしまうので問題に対応することは難しくなる。また、急性ストレス反応ではストレス刺激に対して自我が圧倒されて

自我が無力化する。このとき、自我は不安を保持する能力を失っている。つまり、ストレス刺激に対応できなくなると、不安を持つことが難しくなる。したがって、不安に対処する自我を取り戻し強化することが対処の方針となる。

3つ目は、急性ストレス反応の基本的対処として、安全な人と場所を得て体験を言葉にすることが必要である。van der Kolk⁷⁾が「ストレスとトラウマに圧倒されるのを防ぐ最も強力な保護手段は社会的支援である」と指摘したように、急性ストレス反応は元になったストレス刺激を言葉にして再認識することで大半は収まる。自らの体験をたどることが重要であり、必要に応じて体験をたどることを手伝うことが必要となる。災害時にこうした急性ストレス反応のストレス刺激をたどるために用いられる介入処方がサポートグループである^{20) 9) 10)}。サポートグループとは、脅威の渦中にいる人々にいち早く心的安全空間の創出をもたらすことを目的¹⁰⁾として、「参加者がトラウマに対する身体的、認知的、情緒的反応を扱うのを助けるために、集団凝集性、一般的普遍性の付与、コンテインする感覚といった集団の特長を活かしたグループ」である²⁰⁾。サポートグループはアメリカの退役軍人省を含むトラウマ生存者をサポートする多くの機関において今でも重要な役割を果たしている。⁶⁾ グループを用いた介入が良いか1対1での個別の介入が良いかは、その状況や介入者の技量など様々な変数がある。基本原理としては、ストレス刺激をたどって再認識することが重要である。

最後に、こうした急性ストレス反応の対処を実習生自らができるようになるよう実習指導できると良い。Orem¹³⁾のセルフケア不足の理論は、セルフケア能力はどんな人でも学習し身につけることができることを指摘している。急性ストレス反応の対処の体験そのものがセルフケア能力を高める学習の機会になれば実習生の成長にも貢献することができる。

急性ストレス反応には本人が自覚を持ちにくいという特徴がある。そのため、急性ストレス反応を実習指導者・教員が仮定することで初めて見え

てくるという性質がある。能動的に確かめようとする姿勢がないと見えてこない。このことを意識して対応することが必要である。したがって、何か違和感を感じたり、理解に苦しむことがあれば、助けの求めと急性ストレス反応を理解のための仮説とし、その視点から実習生と直接話すことで検証してみる能動的態度が重要である。

IX. 結論

ここまで、急性ストレス反応の特徴と青年期発達課題の2つの視点を持つことの意味と、それを踏まえて、実習指導者・教員が積極的に急性ストレス反応を直接実習生と話す中で仮説検証していく姿勢の必要性を説いた。竹村他¹⁸⁾は、「教員は、臨床実習指導者ならびに臨床側に対して、学生の代弁者としての役割を果たす必要がある」と指摘している。実習生の代弁のためには、実習生の明瞭なアセスメントが必要であろう。その視点として青年期発達課題と急性ストレス反応は有用であると考えられる。こうした臨床心理学的視点が看護の臨地実習における実習生理解、実習生対応に貢献できれば筆者としてはこの上ない喜びである。

謝辞

本稿を執筆するにあたって、その元となる講演の機会を下さった健康科学大学看護学部看護学科竹村真理先生、当日の講演をサポートしていただいた健康科学大学看護学部看護学科佐野宏一朗先生、田中深雪先生、渡邊美樹先生に心より感謝申し上げます。また、この講演内容を構成する過程で、熊本大学大学院生命科学研究部宇佐美しおり先生には貴重なコメントを多数いただきました。心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association. (2013) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. DC: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院)
- 2) Blos, P. (1962) . *On Adolescence—A Psychoanalytic Interpretation*. NY: Free Press.

- (野沢栄司 (訳) (1971). 青年期の精神医学. 誠信書房)
- 8) Brymer, M. Jacobs, A., Layne, C., Pynoo, R. Rusek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., Watson, P. (National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD) (2006). Psychological First Aid; Field Operations Guide. 2nd eds. March 2008. Available at: http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/MRC_PFA_04_02_08.pdf Accessed September 26, 2017.
- (兵庫県こころのケアセンター (訳) (2011). 災害時のこころのケア サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き原書第2版. 医学書院)
- 4) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 (2017). 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～.
<http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf>2018年9月18日閲覧
- 5) Groves, J. E. (1978). Taking care of the hateful patient. *New England Journal of Medicine*, 298, 883–887.
- 6) Hundt, N. E., Robinson, A., Arney, J., Stanley, M. A., & Cully, J. A. (2015). Veterans' perspectives on benefits and drawbacks of peer support for posttraumatic stress disorder. *Military Medicine*, 180, 851–856.
- 7) van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. NY: Viking.
(柴田裕之 (訳) (2016). 身体はトラウマを記録する一脳・心・体のつながりと回復のための手法. 紀伊國屋書店)
- 8) 小谷英文 (編) (2005). 心の安全空間—家庭・地域・学校・社会. 現代のエスプリ別冊. 至文堂.
- 9) 小谷英文 (2014a). 大災害トラウマ／PTSD対応集団精神療法. 小谷英文 (編). 集団精神療法の進歩—引きこもりからトップリーダーまで. 金剛出版. pp. 283–310.
- 10) 小谷英文 (2014b). サポートグループ東北モデル. 大震災心理臨床の一步—国際力動的な心理療法研究会第18回大会論文集. PAS心理教育研究所出版部, pp. 118–135.
- 11) McLuckie, B. M. (1973). *The Warning System: A Social Science Perspectives*. U.S. Governmental Printing Office.
- 12) Ng, A. (2010). Difficult Encounter. In F. Stoddard, C. Katz, & J. Merlino (Eds). *Hidden Impact: A Practical Mental Health Guide for Clinicians*. MA: Jones & Bartlett Publishers. pp.87–93.
(橋本和典 (訳) (2014). 困難患者. 小谷英文 (監訳) 最新大災害メンタルヘルスガイド. 不測の衝撃—危機介入に備えて知っておくべきこと. 金剛出版. pp. 81–87.)
- 13) Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). MO: Mosby.
(小野寺杜紀 (訳) (2005). オレム看護論—看護実践における基本概念. 第4版 医学書院)
- 14) Porges S. W. (1995). Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage—a polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32, 301–318.
- 15) Rangell, L. (1963). On Friendship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 3–54.
- 16) Ronnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30, 5–44.
- 17) Scheidlinger, S. (1982). *Focus on Group Psychotherapy: Clinical Essays*. CT: International Universities Press.
- 18) 竹村眞理・山崎さやか・小俣萌・山田真衣 (2018). 看護系大学臨地実習指導における臨床実習指導者と教員の連携について. 健康科学大学紀要, 14, 173–187.
- 19) Tyson, P. & Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytic Theories of Development*. New Haven, CT: Yale University Press.
(皆川邦直・山科満 (監訳) (2008). 精神分析的発達論の統合②. 岩崎学術出版社)
- 20) Ulman, K. H. (2004). Group interventions for treatment of trauma in adults. In B. J. Buchele & H. I. Spitz (Eds.) *Group interventions for treatment of psychological trauma*. NY: American group psychotherapy association.
- 21) World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
(融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士 (訳) (2005). ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 新訂版. 医学書院)