

I 論文

学生相談における緊急対応について

非常勤相談員 菊池 秀一

キーワード: 中核技能 逆転移 対象喪失 臨床的共感

1.はじめに

本学での勤務も2年目になりました。これまで、複数の大学での勤務経験がありますが、いずれの大学でも緊急性のある学生対応や危機管理の重要性を強く実感してきました。それは、本学においても例外ではありません。すなわち危機管理が関連する相談はまれなことでは(まったく)ありません。

日本学生相談学会(2025)が発行している『学生相談機関ガイドライン』(改定版)には、学生相談機関の役割として、以下の4項目があります。

①個別の心理的支援

適応の問題、学生期の発達に関わる問題、心理的問題、キャリア発達の問題を抱える学生の心理的な成長を支援する。

②発達の促進、予防教育の促進

すべての学生を対象に、心理教育的手法を用いて、学生が修学上および人生における目標を達成するための知識とスキルを示し、それを身につけることができるよう、直接的または間接的に支援する。

③教育環境改善への貢献

教職員へのコンサルテーション、FDやSDへの関与、アウトリーチ(相談室から出向いて行う活動)、他の高等教育機関との協力による取り組み等、学生の成長と発達の支援の前提となる予防活動を行うことで、教育や学生支援の質の保証や向上に貢献する。

④危機管理への貢献

事件、事故、災害等、高等教育機関が取り組むべき緊急の課題に対し、学生相談および臨床心理学の専門性を活かして貢献する。

上記ガイドラインにおける特に「危機管理への貢献」の項目の意義としては、学生相談業務への誤解

の対処があります。例えば、この業界には「学生相談業務は傾聴のみが業務であり、危機管理は業務外である」と考えている心理カウンセラーが一定数存在するのではないかと筆者は想定しています。もちろん傾聴や共感が心理臨床にとって重要であることは当然ですが、(後述する技能の向上なく)あまりに傾聴を偏重した場合には、「緊急対応は管理職に報告すればそれだけでよい」「(強い希死念慮をとまうような)精神疾患の疑いがある学生には医療機関を受診するように指示すればそれでよい」という考え(誤解)にとらわれるものがでてくる疑いがあると筆者は見立てています。

また、学生相談における危機管理として、組織として対応する際に注意を必要とすることとして、「学生相談に来談する学生に自殺のリスクなどまったくない」という一部の現場の意見(誤解)があります。確かに、(神経症水準で健康度が高い)自発的に来談した相談者の場合にはそのような意見があてはまることもありえますが、来談学生のなかには希死念慮に強くとらわれたうつ病の学生や、境界性人格障害のように明らかに自殺率が高い精神疾患の学生の来談も存在します。そして、対応事案には(統合失調症などの発病などの)異変に気がついた周囲の教職員が当該学生を学生相談室へ連れてくるという緊急の場合(必ずしも当該来談学生が自発的に来談するわけではない場合)も一定数存在します。そのため、上記の意見は学生相談の現場における典型的な誤解のひとつであるといえるでしょう。

前述の学生相談業務のガイドラインは、上記の二つの誤解に対しての一定の対処(情報提供、心理教育)になりうると筆者は考えています。^{※1}

※1 マックウィリアムスは、内面的に絶望的ではなはだしく混乱しており、幻覚、妄想、関係念慮、非合理的な思考を示す精神病水準のパーソナリティ構造の特徴をもつ人々に対する献身的なセラピストについて次のように述べています。

長期にわたって極度に難しい事例をフォローしてきた経験に基づく私の揺るぎない結論は、献身的なセラピストはこうした人々に対する予防に多に貢献できるということである。われわれは精神病的破綻を先手を打って回避し、自殺や他殺を予防し、入院しないで済むようにする。残念なことに、これらの心理療法の重要な効果はまったく立証されないままである。それというのは、不幸を未然に防いだということをいまだに誰も証明していないからである。精神病的破綻を予防したと主張すると、そもそもその患者には精神病的発病傾向などもとからなかったのだと、精神分析的心理療法への批判者が論駁するのはごくありふれたことである。

仮に学生相談の現場に、緊急事案の存在をまったく否認するような管理職などがいた場合には、上記の熟練度の高いセラピストの予防効果や対処力についての見解が深く関わっている可能性があります。

2. 緊急対応と中核技能

ここからは、緊急対応と3段階の技能(下山,2012)について説明します。緊急対応(危機介入)が、重要な技能の一つであることを示すためです。臨床技能に求められる最初の技能は「コミュニケーション」です。その主な構成要素は「共感的対話」「アセスメント的対話」「介入的対話」「社会的対話」です。また、この技能の実践から重要となるのは問題解決をサポートするための信頼関係を築くことです。※2

※2 基礎技能の「コミュニケーション」(信頼関係の構築)が学生相談対応においてとても重要であることは当然のことです。この技能が未熟であり、臨床心理学の知識や専門性を軽視するような学生相談員が仮に現場にいた場合には、そのケース対応は初期段階で中断の大統

発が発生することでしょう。

次の段階は、中核技能である「ケース・マネジメント」です。ここでは、「アセスメント」「心理療法」「ケース・フォーミュレーション」「危機介入」「リファール」「コンサルテーション」です。下山(2012)はこの技能について次のように解説しています。

問題を把握し、方法や方針を決めて実際に介入し、さらにその結果を受けてよりよい方向へ修正するなど、適切な実践活動を運営していく技能のこと。ここでは、介入が活動の中心となる。個人に介入する場合もあれば、他の専門家と連携してシステムやコミュニティに介入する場合もある。

最後の技能である発展技能は「システム・オーガニゼーション」です。この技能は、「他職種とのコラボレーション」「リーダーシップ」「組織の運営能力」「調整能力」「心理教育」がその内容である。また、この技能は、臨床心理的活動の社会化と深く関連します。

筆者が、上記の3つの技能において重要な分岐点であると考えるのは、基礎技能と中核技能との間です。前者が「コミュニケーション」であるのと違い、後者には「ケース・フォーミュレーション」や「危機管理」などの学生の安全や心理的成長を支援するために必須といえる技量や能力が求められるからです。

仮にこの分岐点をクリアしないままに学生相談業務を行った場合には、以下のような危機管理に関連する出来事が発生する疑いやリスクがあると筆者は推測します。

- a.(合理的な理由なく) 緊急性がある来談学生に対して、病院へ行くように指示をして対応を中断する。
- b.来談学生に対する見立て(ケース・フォーミュレーション)がないために、病態水準の見極めや対応における事例の展開の(危険性の)予測、そして病態に応じた技法の最適化が実践できない。
- c.繰り返し、あるいは同時多発的に緊急対応で大失敗が発生する。
- d.学内外の同業者や医療機関などへの専門的な紹

介状や引き継ぎ書類を作成することができない、あるいは困難である。

e.緊急事態を認識することに困難がある。あるいは本質的に緊急対応を業務とさえ考えていない。

f.緊急事態を関係者や管理職に報告すれば、対応完了と認識している。

g.緊急対応の必要性のある来談学生に対して、対応がすぐ中断してしまう。

このような疑いに対して、齋藤(2004)は、「臨床心理士(CP)の責任性の問題」について、医師からCPに向けられる批判として、「危機介入」を全面的に医師にゆだねる依存性、何かにつけて依存的になりすぎる自己責任性の低さを挙げている。そして、次のように述べている。

収容・管理形式の「危機介入」システムをもたないのは仕方ないこととして、“いきなり 110 番”といったあり方ではなしに、せめてクライアントについての報告をできるだけ事前しておくくらいのことはすべきなのに、との指摘もある。医師との日頃の連携体制、チームワーク、それに相互のコミュニケーションがどのようなものであるかというごく実際的な問題が、同時にそこで問われているのである。

そしてそれ以上に、CP が自身の臨床的仕事をどのように考えてかかるかということがある。ひとたび医師の手に渡せば、それで CP の手を離れて終わり、という単純な考えに立つなら、それこそが仕事の意味の自覚のなさや、責任性の低さと批判されても申し開きはできない。意識がそのレベルだと、仮に医師の危機介入後、クライアントが薬をまとめ飲みして自殺を企てたとすると、医療にゆだねたことを単純に「失敗」ととらえてしまうかもしれない。

最初の「見立て」、「予後」の見通しから始まって、危機介入の必要性がどう生じそうか、100%でなくても予めその余地を見越した上で、CP は、その介入の前後にわたる臨床過程全体の中でどのような意味を担う仕事をしていくかについての、全体認識をできるだけもちたいものである。既述の「連携」や「コミュニケーション」も、本来このことを踏まえてのもの

である。

上記の引用文は、基礎技能から中核技能へと臨床技能を展開させるうえでのとても重要で具体的な指摘である。臨床心理士(学生相談員)には、病態水準の見立てだけではなく、来談学生の緊急性についての見立てが非常に重要であることを齋藤は説明しています。

3.緊急対応と逆転移

ここからは、学生相談員の中核技能の発揮やその形成力の妨害となりうる要因について記載します。その要因の1つとしては「逆転移としての無関心」(Greenson,1978)があると筆者は考えます。

当該の逆転移が緊急性のある事例で引き起こされた時には、どのようなことが現象しうのでしょうか？例えば、来談学生が深刻な自傷行為をしていても、(対応するカウンセラーは)まったく無関心で「またやったのか」程度にしか思わずに、危機介入や関係者への警告を行わないということがありえます。他にも、来談学生が自殺目的でその場所を計画的に見定めているような場合でも、それについて(危機状態にある)来談学生が面接で言及しているにも関わらず、担当者が危機介入や警告を行わず通常どおりの対話をする、などの事態が想定されます。

また、他にも、例えば来談学生が「死にたい」「消えたい」などの希死念慮に関連する言動についてカウンセリング内でコメントしているにも関わらず、対応するカウンセラーがその言動を何の根拠もなく「感情の吐露」などと解釈して、来談学生の緊急性をまったく認識しないということが想定されます。このような現象は担当者の見立て(ケースフォーミュレーション)が不十分であることから発生することがありえます。

仮にこのような上記の現象が学生相談の現場に発生しているとして、さらにどのような専門的考察が可能でしょうか。ラッカー(1968)は、セラピストに引き起こされる逆転移を「融和型」と「補足型」の二種類に分類しました。前者の逆転移は、セラピストがクライアントが子ども時代に感じていた感情を感じている

ことに深く関連します。後者の逆転移は、セラピストがクライアントの子ども時代の養育者たちが感じていた感情を感じていることに深く関連します。

前述の前者の想定事例の心理カウンセラーの無関心について考察してみます。自傷行為の患者には、解離の防衛機制との深い関連性があることが指摘されています(松本,2009)。すなわち、相談者の自傷行為に強い無関心や極度の鈍感さに陥っている心理カウンセラーは、相談者の防衛的解離と同様な「融和的逆転移」を発生していることが想定されます。あるいは、自殺リスクの高い方に特徴的な心理状態として心理的視野狭窄(藤原と高橋,2008)がありますが、心理カウンセラーが何の危機感もなく自殺企図の可能性が高い来談者に対して極めて(危険性に)無関心に対話しているとしたら、心理カウンセラーにも逆転移的に心理的視野狭窄(現実検討の機能不全)が引き起こされているといえるでしょう。

※3

※3 フロイトは「共感」という概念について15回用いていたものの(Wolf,1983)、精緻な理論化には至りませんでした。例えば、フロイト(1921)は「共感」のことを「他の人々のなかの、われわれの自我にとっては本来異質なものを理解するために、もっとも大きな役割を果たす過程」と述べています。精神分析家のバーガー(1987)は、伝統的な(正統派の)力動的精神分析と精神分析的自己心理学を考察の主軸(基盤)にしつつ、「臨床的共感」について精緻に論じています。※4※5

その理論化のなかで極めて重要な構成要素は「その場に居合わせる観察者」と「外的な観察者」です。前者において治療者は(患者の世界に想像的に入ることで)大まかで表面的ではあるもののある特定の事象に関する患者の体験状態を認識でき、後者において治療者は、全体としての患者の心の状態を体験的に理解するのであり、それはパターンを見出すことや仮説形成、そして一般的なテーマの特定といった機能の増大と結びついています。治療者には両者の観察者の立場の間を自由に揺れる能力が重要となります。上記の逆転移は、この共感能力の機能不全状態ともいえるのです。自力でその

機能の改善が困難な場合には、スーパービジョンを受けることが望ましいでしょう。

※4 角田(1999)はバーガーの考え方のユニークな点として、①「その場に居合わせる観察者」と「外的な観察者」②人間存在が持つ普遍的な逆説性あるいは葛藤③上記②に関連した「起因者」と「犠牲者」④隠喩(メタファー)の強調、をあげている。

※5 齋藤(1999)は、バーガーの「臨床的共感」の理論化の意義を極めて的確に要約して次のように説明しています。

「共感」は、40年程前にロジャース派の心理療法がわが国で主流をなしていた頃以来のなじみ深い概念である。ただし、全般に一体感や「融合」と親和性の高い日本人の場合には、この概念を正面から吟味し直すよりも、何となくすでにわかっているかのような思い込みがあるかも知れない。確かに「感情体験の共有」にかかわる概念、自他間の心理的距離の接近を伴う概念には違いない。……

本著者の「共感」見解に戻ると、フロイト、ドイチュ、フェニヘル、ライヒ、スピッツ、シェイファー、バッシュ、グリーンソン、リヒテンバーグといったわが国でもよく知られる精神分析の諸理論の展望一つをとってもうかがえるように、それは大へん厚みに富んでいる。内的感情生活と調和する方向性だけではなく、むしろそれと距離をとった、相手の主観体験を客観視する方向性をも重視する立場である。また感情の共有以上に、葛藤や防衛メカニズムなど無意識的な心理力動に絶えず注意を注ぎ続けるという点でも、臨床家の精神活動の多重性を前提として成立する「共感」なのである。

近年、新聞やテレビ番組などで共感とSNS(あるいはインフルエンサーなど)、そして政治との間の関連性がよく議論されています。その際に、「共感」という概念は親近感、あるいは情動感染のような現象を意味しているようにみえます。東畑(2026)は、現代政治と社会的分断について、「背景に色々な事情があることを想像することが分断を和らげはする」「今は政治家が人々の『奪

われている』という傷に訴え、共感を集めているように見えます。それも大事なことだと思いますが、同時に共感の輪の外側にいる人たちのことを想像し続けることが、政治家がパブリックであるための重要な仕事ではないかと僕は思います」とコメントしています。おそらく上記の通俗的(日常的)な共感概念を(あえて)意識したコメントではあると思いますが、「臨床的共感」という観点からは、感情的体験の共有や異質な事情への想像力に関連することとはどれも「臨床的共感」の重要な構成要因であるといえるのです。その意味で、社会的に深刻な分断とは、(上記の)「共感の多重性」の欠如や機能不全から蔓延する可能性があると考えられています。

前述の想定事例の後者について検討してみましょう。来談学生の希死念慮を単なる感情の吐露などと仮に誤解する心理カウンセラーについては、どのような考察が可能でしょうか。この場合には、子どもの心理的危機状態に無関心な親の心理状態の逆転移、すなわち「補足型逆転移」が発生している可能性があります。あたかも来談学生の心理的な家庭状況が学生相談室に(心理カウンセラーには無自覚に)再現されたような状況といえるでしょう。このような逆転移の本質には、否認の原始的防衛機制が関与する可能性が高いと筆者は見立てています。

また、学生相談業務における緊急事案や危機介入事案には、対応する心理カウンセラーに何らかの心理的ダメージが加わることがあります。そのために、この業界には高い緊急がある来談学生の事案をカウンセラー(の側)から意識的あるいは無意識的に(あるいはその両方の要因から、合理的な理由なしに)対応を中断するという現象が発生することがあります。

なぜそのような事態が発生するのでしょうか。これについては、すでにハーマン(1992)が「外傷性逆転移」という概念を用いて、次のように述べています。

外傷には伝染性がある。…治療者は程度こそ違え、患者と同一の恐怖、怒り、絶望を体験する。…患者の外傷体験物語を聞くことは、必ず、治療者が過去

に受けた個人的外傷体験を再活性化する。

すなわち、深い心的外傷を抱えた来談者の語りを傾聴することには、対応する治療者自身にも心的外傷を引き起こす危険性があるのです。^{※6}

※6 ハーマンが治療者の心理的安全を維持するために推奨する重要項目の一つに「治療者に対するサポートシステム」があります。ハーマンはこれについて、定期的な集まり(フォーラム)や同僚のサポート・グループなどを指摘しています。

筆者が上記の(外傷性)逆転移に対してとても重要であると考ええる要因の一つは「共感」です。精神分析的自己心理学の創始者であるコフート(1984)は晩年の著書である『自己の治癒』で次のように述べています。

エンパシー(共感)は生涯に渡って、他人の体験を自分でも体験しうる能力であるが少しだけの程度にとどめておくのが普通であり、また妥当である。^{※7}

※7 竹友・堀(1993)の翻訳を参照して、訳を一部のみ追加した。

上記のコフートの論述から派生する課題の一つは、共感による過剰な理解による相談者の心的外傷のリスク(リー&マーティン,1991)です。心理臨床(精神分析的心理療法)の経験を積み重ねることで、筆者の経験では約10年ほどになると、相談者の心理状態の共感的(代理内省的)な見立ての能力が着実に向上するようになってきます。ただこのコフートの見解には、(相談者の病態水準にもよりますが)心理臨床(精神分析的心理療法)の実践において、セラピストの共感における関係性の深まりと来談者の心的外傷のリスクという相反する拮抗した状況が、瞬間瞬間の互いの関係性に起こりうることを示唆しています。

しかしながら、このような心的外傷のリスクという現

象は、来談者のみならず「外傷性逆転移」による心理療法家側のリスクでもあることが理解できます。すなわち、コフートの上記の記述は心理療法家側の心的外傷に対しても同時にそれを予防(対処)する可能性を示唆していると筆者は考えます。その意味で、シェイクスピア(1595)の「Wisely and slow ;They stumble that run fast.」という言葉は、臨床的共感の中核的要因の一つであるといえるでしょう(菊池,2026)。

4.緊急対応と対象喪失反応

緊急対応(危機介入)において妨害要因となりうる「逆転移」について説明しました。次に緊急対応と「対象喪失反応」について記載します。この現象は、特に来談学生に希死念慮や自傷行為などの問題があることにより警告義務が発生して、来談学生の家族に状況説明の連絡を行う際に引き起こされる場合があります。理由としては、緊急事態を知らされた家族にとって、理想の家族像の喪失を当該家族が体験していることが想定されます。以下に小此木(2004)の対象喪失における「モーニングの心理過程」について概説します。

その心理過程の第1段階は、「無感覚の段階」です。無感覚は一般に数時間から1週間持続しますが、しだいに強烈な情緒反応(情緒的危機)を引き起こします。特徴的な心理状態として、激しい衝撃を受けることによる興奮、不安、無力感、心細さ、そして挫折感があらわれ、今後についての模索の心理が続きます。

その第2段階は、「抗議の段階」と「保持の段階」です。前者については、愛着や執着の対象への分離に対する抗議や怒りが見受けられます。また、後者については、失った対象を取り戻そうとしたり(執着の心理)、失った人をもう一度思い出したり、本当に相手を失うという現実を直視できない、事実を否認する心理が働く段階です。

その第3の段階は「絶望と抑うつ」の段階です。この段階では、断念による本格的な対象喪失が体験されます。悲嘆のような主観的な情緒体験を引き起

こし、激しい絶望と失意が襲います。その状態がもっとひどくなると、引きこもり、抑うつ、無気力の状態に落ち込み、それが第3の段階であり、もはや相手が本当に永久に戻ってこないという現実を認める段階です。

その第4段階は、「離脱の段階」です。立ち直りや再建の努力が始まります。それまで執着していた対象から自由になり、場合によっては別の対象に気持ちを向けかえることができるようになります。

上記の各段階が想定される緊急対応時の家族の反応について説明します。まず第1段階との関連として、来談学生に強い希死念慮など危機的状況があることについて伝達すると、(家族の)反応がかなり鈍いと感じたり、今後どうしたらよいのだろうかという情緒的な嵐(情緒的危機)のような反応が見受けられることがあります。また、第2段階との関連として「家族では普通にしているのに、どうしてそのような状況にあるのか」と強い怒りや抗議を当該家族から向けられることがあります。

第3段階との関連として、危機介入や警告で家族に連絡した際に、すでに当該家族はその状況に直面しており、絶望的な心境に陥っている場合があります。すなわち、第3段階の「絶望と抑うつ」の段階との関連性があります。当然のことではありますが、この段階が想定される家族に対して学生相談員の介入が批判や批難と受け取られないように配慮が必要です。この段階にある家族は、絶望しながらも現実には直面しているために、的確なアドバイスを行えば家族連携が非常に迅速に進むことがよくあります。

また、第4段階においては、例えば連携対象の家族が医療従事者である場合や、すでに危機的状態にある学生と同伴で医療機関を受診している家族などは、現実的な対話や信頼関係の構築が円滑に進み、未来志向的に対応することが迅速に可能な場合があります。

ここで、危機介入関連事例における家族連携において、他にも筆者が重要だと考える項目を以下に記載します。

①対応経過を簡潔に伝える。

②専門的見立てを伝える。

③精神医学的診断に該当する疑いや可能性がある場合には、その疑いと根拠を伝える。

④どのような予後が想定できるかを伝える。

⑤対応時点でわからないことがあれば、はっきりわからない旨について正直に伝える。

⑥こちらの勤務時間や当該家族の連携可能な時間帯などについて伝達や確認する。

⑦見立ての仮説の明確化を前提に連携対象（家族）に「希望」を伝達する。

①については、来談学生がいつ相談に訪れてどのような経過をたどり、どのような危機状態にあるかの概略を伝達することです。可能な限り来談学生から家族への伝達の了解を得ることが望ましいのは当然のことです。

②については、オリエンテーションに応じた専門的見立てを伝達します。例えば、精神分析学派のマックウィリアムス（1999）は、精神分析的見立てについて以下の項目を分類化しています。

a.変えられないものをアセスメントする。

b.発達的な問題をアセスメントする。

c.防衛をアセスメントする。

d.感情をアセスメントする。

e.同一化をアセスメントする。

f.関係のパターンをアセスメントする。

g.セルフエスティームをアセスメントする。

h.病因となる信念をアセスメントする。

対応する来談学生の危機状態により展開は様々ですが、精神分析学派をオリエンテーションとする場合には、優先順位を入念に検討しつつ上記のアセスメントについて伝達を行います。

③については、臨床心理士は精神医学的診断は行わないものの、例えば来談学生に希死念慮が見受けられ、うつ病の疑いがある場合などは、疑いを前提としながらも医療機関受診の必要性なども伝達を行います。

④については、予測されうる危機状態にある来談学生の今後の展開を可能な範囲で伝達します。例えば、うつ病の疑いがあり危機状態にある学生に対し

して、家族が授業をうけるように登校を強く促しているような場合があれば、その先にある危険性について積極的にアドバイスを行います。

⑤については、例えば、危機状態にある学生を、ゼミ教員や就職課の職員などが当該学生の異変を察知して学生相談室へ学生同伴で突然に来談するような場合があるため、対応する心理カウンセラー側にも来談学生について初回面接だけではよくわからないことも当然ながら存在します。しかしながら、来談学生に希死念慮が強く自殺を具体的に計画していることが確認された場合などには、迅速に家族へ警告が必要です。しかしながら、家族のなかには前述の抗議の段階にある場合には、来談学生の詳細について質問せめにしてくることもありえます。そのような場合には、あいまいな説明ではなく、わからないことについては誠実に家族にその旨をはっきりと伝達をすることがよりよい展開につながるものが、筆者の経験では多いと感じます。

⑥については、緊急対応時には連携する家族に対して心理カウンセラーは担当の勤務時間帯や、さらなる緊急事態に備えて学内の危機管理体制について伝達しておくことが重要です。その一方で、学生相談室の危機管理体制には一定の限界があります。その限界をオーバーした事態が発生した場合の対処についても、適宜伝達できることが望ましいでしょう。

⑦について、筆者は心理療法の学派を問わず、心理療法家が抱く「希望の感覚」（Berger,1987）は、心理療法を構成する本質的要因の一つであると考えています（菊池,2024）。これに関連して、マックウィリアムス（1999）は、インテーク面接の終盤に「私はあなたを助けることができますと思います」「あなたの問題は長く続いている慢性化したものです。私はその問題をいくらか改善するお手伝いができるかと思いますが、それには時間がかかるでしょう」と希望をもたらす介入を行うことの重要性について説明しています。^{※8}

※8 このような介入や心的態度は、危機介入や緊急時の家

族連携においてもとても重要です。筆者の経験では、学生相談業務において来談学生に対して希望をもたらす介入を行うには、常勤的立場での学生相談業務を10年以上積むことに加えて、オリエンテーションの専門性を高める訓練を少なくとも3年以上積むことが必要であると見立てています。

5.おわりに

ここまで中核技能の重要な構成要因である危機介入における逆転移や臨床的共感、そして(連携する家族に引き起こされる可能性のある)対象喪失反応について論じました。まだ論じきれしていないテーマは複数あります。例えば、家族との連携が難しい場合

が多い留学生対応です。あるいは、最近メディアでもよく話題になっているカゼ薬などの大量服薬に陥っている極めて深刻な危機状態にある学生への対応などです。

一歩対応の見極めや危機介入を誤ると、大きな事故や自殺につながりうる深刻な事例が現実には一定数存在します。筆者はこれまで上記の関連事例についても数多く対応してきました。

社会に存在する1人でも多くの(危機的)学生が救われるように、これまでの経験や知識を可能な範囲で今後も論文などで発信していければと心から願っています。

文献

1. 朝日新聞 (2026) .癒やされ傷つき 重ねる自分.13 版 S 総合 4 2026/1/6/p.4.
2. Berger,D. (1987) .Clinical empathy.Jason Aronson Inc.角田豊他訳『臨床的共感の実際』.人文書院 1999.
3. Freud,S. (1921) .Group psychology and the analysis of the ego.Standard Edition 18.小此木啓吾訳.集団心理学と自我の分析. (『フロイト著作集 6』所収) 人文書院.1970.
4. 藤原俊通・高橋祥友 (2008) .自殺予防カウンセリング.駿河台出版社.
5. Greenson,R.R. (1978) .Exploration in psychoanalysis.International universities press,INC.
6. Herman,J. (1992) .Trauma and recovery.New York:Basic Books.中井久夫訳『心的外傷と回復』みすず書房 1999.
7. 菊池秀一 (2024) .緊急対応 (危機介入) について. (『大阪経済大学学生相談室年報 2024』所収) .
8. 菊池秀一 (2026) .これまでの職業体験を回想して. (三川俊樹 他著『職業としての心理学』所収) 追手門学院大学心理学論集第 34 号.
9. Kohut,H. (1984) .How does analysis cure?.Chicago:University of Chicago Press.幸順子ほか訳『自己の治癒』みすず書房.1995.
10. Lee,R.R &Martin,J.C. (1991) .Psychotherapy after Kohut.The Analytic Press.竹友安彦・堀史郎監訳『自己心理学精神療法』岩崎学術出版社.1993.
11. 松本俊彦 (2009) .自傷行為の理解と援助.日本評論社.
12. McWilliams,N. (1994) .Psychoanalytic Diagnosis.The Guilford Press.成田善弘監訳『パーソナリティ障害の診断と治療』創元社.2005.
13. McWilliams,N. (1999) .Psychoanalytic Case Formulation.The Guilford Press.成田善弘監訳『ケースの見方・考え方』創元社.2006.
14. 日本学生相談学会 (2025) .学生相談機関ガイドライン (改定版) .
15. 小此木啓吾他編 (2004) .心の臨床家のための (改訂) 精神医学ハンドブック.創元社.
16. Racker,H. (1968) .Transference and countertransference.New York:International Universities Press.坂口信貴訳『転移と逆転移』岩崎学術出版社.1982.
17. 齋藤久美子 (1999) .「共感」という臨床課題. (角田豊他訳『臨床的共感の実際』所収) 人文書院 1999.
18. 齋藤久美子 (2004) .精神医学の隣接領域としての臨床心理学. (小此木啓吾他編『心の臨床家のための (改訂) 精神医学ハンドブック』所収) 創元社.2004.
19. Shakespeare,W. (1595) .Romeo and Juliet.PENGUIN BOOKS.
20. 下山晴彦 (2012) .面白いほどよくわかる！臨床心理学.西東社.
21. Wolf,E.S. (1983b) Empathy and countertransference. In The Future of Psychoanalysis,ed. A. Goldberg,pp.306-326.New York :International Universities Press.