

がん医療者にとって共感性は両刃の剣か？ ～感情労働としてのがん医療～

Is Empathy a Two-Edged Sword for Cancer Care Workers?: Oncology Care as an Emotional Labor

村川 康子*1, 仁平 義明*2

◆ 要 旨 ◆

患者や家族の感情を理解し反応する共感性が高いことは、本来、医療者の望ましい条件だとされてきた。しかし同時に、共感性が高いことは医療スタッフの感情の疲弊にもつながる可能性がある。ここでは、“感情労働” (Beal et al. 2006)、つまり自分の感情をコントロールすることを高度に求められる職務である、がん医療の看護師や医師の共感性とバーンアウトの関係について研究の展望を行った。従来の研究をみていくと、共感性が高い看護師や医師ほどバーンアウトを生じやすいという結果と、それとは逆の結果が報告されていた。結果の食い違いは、共感性の定義、共感性測定の尺度、対象となる医療現場で悲しみや怒りの感情が占める割合などの条件から生まれたと考えられる。それでも、悲しみの感情の頻度が高く無力感をもちやすいがん医療の病棟で、共感性が高い、“心やさしすぎる”医療者ほどバーンアウトを起こし現場から去ることがあるとすれば、医療の損失である。最後に、共感性が高いことが両刃の剣として医療者自身に傷を負わせないために何が可能かについても考察した。

Key words : がん医療, 共感性, 感情労働, バーンアウト

はじめに

昨今のがん医療の現場はその治療技術の進歩や新しい薬剤の開発など目を見張るような変化の場となっている。それらにより、今まで救われなかったがん患者の命が助かった、または、そこまで行かずとも多くの患者の苦しみが和らいだと医療従事者は実感しているのは事実であろう。しかしその一方で、がん末期となれば患者が肉体的・精神的に苦しむという現実はいままでとさほど変わらない。このような場で働く医療従事者にとって、患者やその家族に対して共感をもちながらも、感情に左右されずに医療行為を行う

ことがいかにむずかしいかは誰もが感じるところである。共感性の高い医療従事者ほどバーンアウトし、臨床現場を去る危険があるとの多くの報告もある。

そこで、がん治療現場で医療従事者が感じるストレスについて今までの研究を大まかにまとめたい。次にそのストレスと強い関連を有する医療者の患者・家族への共感性、共感性とバーンアウトとの関連について総括する。最後に、医療者が共感性をもちながらもバーンアウトせずに最後までがん患者とその家族に寄り添っていくための方向性について若干の考察を加えたい。

がん医療の二大ストレス：“感情労働”と“無力感”

医療では一般的に、共感性が高いことは医療者の望ましい条件だとされる¹⁾。その一方で、共感性が高いことが看護師や医師に患者や家族の強い悲しみ・怒りなどの感情の

*1Yasuko MURAKAWA : 宮城県立がんセンター化学療法科長
*2Yoshiaki NIHEI : 白鷗大学教育学部教授, 東北大学名誉教授
〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山 47-1(村川康子)
投稿受付日: 2010年9月14日, 受理日: 2011年2月15日

▼表1 宮城県立がんセンター院内死亡診療科別数
(平成19～21年度)

診療科	平成19年度	平成20年度	平成21年度
血液内科	23	23	36
呼吸器科	33	31	42
消化器科	50	57	48
外科	27	27	25
整形外科	4	11	7
脳神経外科	6	3	6
呼吸器外科	15	2	1
泌尿器科	8	13	13
婦人科	10	4	7
耳鼻咽喉科	8	6	7
放射線科	0	1	2
化学療法科	18	15	18
緩和医療科	130	157	156
合計	332	350	368

追体験を引き起こし、感情の消耗をさせ、バーンアウトをもたらす危険もある。

この問題は、悲しみや怒りなどネガティブな感情がほかの医療現場より高い割合を占める、がん医療においても著しい。がん病棟の医療者は、しばしば治療への反応性の低下から死までを持続的に見ていかなければならない。一例をあげれば、宮城県立がんセンターの患者の院内死亡数は増加傾向にあり、過去2年間で350人を超えている(表1)。その結果、がん医療の現場は、“感情労働”と“無力感”という2つの厄介な問題、がん医療現場の二大ストレスともいうべき問題を抱えることになる。

“感情労働”(emotional labor)というものは、自分の感情の処理とコントロールを高度に求められるタイプの仕事を指す概念である²⁾。Schmidt & Neubach³⁾は、このような感情の自己コントロールの要求は、ストレスになることを強調している。とくに、がん医療の看護師や医師は、患者や家族の悲しみに直面しながらも、そのままに自分も同等な悲しみの感情を経験し続けるわけにはいかず、自分の感情をコントロールすることを常に求められている。その意味で、がん医療は、“感情労働”だといえるだろう。

“無力感”も、がん医療者の強いストレスである。ドイツのHerschbach⁴⁾は、がん病棟の医師と看護師たちが何をストレスの源だと感じているのかについて、大規模な研究(54の医療機関、合計891人)を行った。その結果、がん病棟の看護師と医師たちには、ほかの病棟(内科・外科などの一般医療、産婦人科、放射線科など)の医師や看護師たちに比べて特徴的なストレスがみられた。そのほとんどは、無力感につながるどうしようもない現実や患者への共感に起因する感情のコントロールにかかわるもの

だった。たとえば、がん病棟の看護師と医師共通の特徴的なストレスは、“医学の力の限界に失望する(無力感)”, “患者が回復について非現実的な期待をもつ”, “患者のことを考えると自分の肉親のことを考えてしまう”, “治る見込みのない患者の子どものことを考えてしまう”ことだった。とくにがん病棟の看護師にみられたものは、“こころを閉ざす患者”, “何人もの患者が同時に亡くなる”, “泣く患者に自分も動揺する”, “なかなか治癒しない疾患を経験する”, “眠る前に患者のことを考えてしまう”などだった。さらに医師たちは、“自分の治療によって患者が苦しむ”, “再発の診断を告げる”などを、がん病棟以外の医師や看護師たちより高い頻度でストレスだと感じていた。

日本の川名⁵⁾も、がんの“医療者のメンタルヘルスの上での、大きな問題は、「怒り」と「無力感」ではないかと実践を通じて感じる人が多い”と述べている。

米国ニューヨークのロスウェルパークがん研究所のFlorioら⁶⁾も、がん医療に携わる看護師のストレスについて面接と質問紙による研究を行った。その結果、“患者や家族の苦悩を見ること”は、がん医療の看護師には、もっともしばしば経験する、もっとも強いストレスであることが報告されている。

医療者たちは、治療不能の段階になった患者や家族からの、先生どうかして治してください、という訴えをしばしば経験する。その結果、現在の治療の限界をよく知っていても、無力感と悲哀感をもつ医療者はまれではないと思われる。実際、がん医療・緩和医療の看護師や医師では、がん患者の“よい死”の諸条件が達成されていると考える割合は高くない⁷⁾。

このように、がん医療の現場で医療者が経験する無力感や感情の種類が悲しみ・怒りに偏っているという特異性が、高い共感性と結びついたとき、さらには、感情労働を大きな負担だと感じていったとき、バーンアウトなどの問題を生じる可能性がある。いくつかの研究は、医療者の共感性を測定することで、この可能性を検討している。

■共感性の定義と尺度

共感性を測るのにどのような尺度が使われるかは、定義次第で変わる。共感性の定義には通常2つの要素が含まれている。第1の要素は、相手の感情を理解し、認識する“認知的反応”である。第2の要素は、それに応じた感情が自分の中に起こる“情動的な反応”である。

たとえば、Eisenberg & Fabes⁸⁾は、そのうち情動的反応に焦点を置き、共感とは相手の感情に応じた感情を自分も起こすことであると定義している。逆に、共感性を、相手の感情の理解という認知的反応に限定する考え方もある。Hogan⁹⁾は、共感性は、他者の心の状態を自分が実際にそ

▼表2 共感性の尺度の例

尺度の名称	測定している側面	項目の例
ジェファーソン版医師共感性尺度 (Fields et al, 2004)	認知的共感性(20項目)	<ul style="list-style-type: none"> 患者の感情が理解できる 患者の視点からものごとを見るのがむずかしい(逆転項目) 患者の非言語的な手掛かりやボディ・ランゲージが理解できる
メラビアン情動共感性尺度 (Mehrabian & Epstein, 1972)	情動的共感性(33項目)	<ul style="list-style-type: none"> ほかの人が泣いているのを見ると、私も動揺してしまう
対人反応性指標(Davis, 1983)	認知的共感性(14項目) ① 相手の視点に立つこと ② 相手の感情を想像すること	<ul style="list-style-type: none"> だれかを批判しようとするときには、自分が相手の立場だったらどう感じるだろうと想像しようとする 映画や演劇を観たときには、その登場人物のだれかになったような気がしてしまう
	情動的共感性(14項目) ① 共感的関心 ② 個人的苦悩	<ul style="list-style-type: none"> 自分よりも不幸な人には、思いやりの気持ちが湧いたり気がかりになったりする だれかが傷ついているのを見ても、自分は平静でいられる(逆転項目)

の人の感情を経験しないのに知的にあるいは想像として理解することだとしている。また、Davis¹⁰⁾のように、共感を認知的反応と情動的反応の両方から構成されるとする考え方もある。Davisは、認知的反応を、“相手の視点に立つこと”と“相手の感情を想像すること”に二分し、情動的反応を、相手をあたたかく心配するという“共感的関心”と、その結果自分も悲しむなどの苦悩を感じるという“個人的苦悩”に分けている。

共感性を測る尺度は、こうした定義に沿ってつくられている(表2)。

“認知的”共感尺度の例は、米国のジェファーソン医科大学のFieldsら¹¹⁾による医師に特化した「ジェファーソン版医師共感性尺度(The Jefferson Scale of Physician Empathy)」である。彼女たちは、共感性は認知的な特性であり、患者の内的な体験の理解と、そうした理解を患者に伝える能力であるという定義¹²⁾に沿った共感性の尺度を構成した。

これと対照的なのが、メラビアン情動共感性尺度¹³⁾で、主に情動的共感性を測定する項目から構成されている。

認知的共感性と情動的共感性の両方を測定する尺度の例は、Davis¹⁰⁾の「対人反応性指標」である。この尺度では、認知的共感性は、①相手の視点に立つこと(perspective taking)と、②相手の感情を想像すること(fantasy)の2つの下位尺度から構成され、情動的共感性は、①共感的関心(empathetic concern)と、②個人的苦悩(personal distress)の2つの下位尺度から構成されている。

■ 医療者の共感性とバーンアウトの関連

医療者で共感性とバーンアウトの関係を調べた研究は多

くはない。また、結果も一致していない。

まず、看護師や医師の共感性が高いほどバーンアウトが起こりやすいことを報告している研究がある。米国のWilliams¹⁴⁾は、看護師、ソーシャルワーカー、学校の教師、男女合計525人について、バーンアウトと共感性の質問紙調査を行った。この研究で、バーンアウトは、世界的によく使用されるマスラック・バーンアウト尺度¹⁵⁾によって測定され、共感性は、メラビアン情動共感性尺度で測定された。結果では、女性看護師のほうが男性看護師よりも共感性尺度得点が高かった。さらに重要なのは、共感性とバーンアウトには正の相関があったこと、つまり共感性が高いほどバーンアウトが生じやすかったことである。メラビアン感情共感性尺度得点とバーンアウト尺度の「感情の疲弊」得点には $r=0.23$ という、高くはないが統計的に有意な($p<0.001$)正の相関がみられた。

また、Carmel & Glick¹⁶⁾は、同じ医師の間でも“共感的な医師”のほうがバーンアウトを起こしやすいという結果を報告している。彼女たちは、共感的な医師というのは、科学技術志向か対人感情志向かという次元(よく使われる表現でいえば“キュアかケアか”という次元)では、対人感情志向の行動パターンをとる医師だと定義している。彼女たちは、イスラエルのソロカ医療センターの医師たち324人に共感的な医師の意味を説明したうえで、同僚の中で頭に浮かぶもっとも共感的な医師を10人あげてもらった。その結果、共感的な医師として10人以上の医師が共通にあげた医師40人を“共感的な医師”、誰一人からもあげられなかった医師50人を“非共感的な医師”と分類し、比較を行った。共感性は、Davisの「対人反応性指標」で測定され、バーンアウトの測定には、「マスラック・バーンアウト尺度」が使われた。

両群のバーンアウトでは、下位尺度の「感情の疲弊」平均得点は、共感的医師群が非共感的医師群よりも有意に高かった。共感性も、とくに自分も悲しみや苦痛の感情を経験するという共感反応を反映する「個人的苦悩」が、共感的な医師群で有意に高い得点を示していた。このように、共感性が高いことは、ときにはバーンアウトを招く可能性があるという結果になっていた。

逆に、共感性が高い看護師ほどバーンアウトを起こさないとする報告もある。スウェーデンのPalssonら¹⁷⁾は、看護師の共感性とバーンアウトの関連について研究を行った。結果は、上記の研究とは対照的だった。バーンアウトと共感性の相関は $r=-0.64$ と中程度の有意な負の相関が得られた。これは、バーンアウトを起こしている看護師ほど共感性が低いことを意味している。

このように共感性とバーンアウトの関係についての研究結果は一様ではない。不一致の原因では、たとえば、Palssonたちの対象者が地域看護師だったことが関係しているかもしれない。この地域看護師が現場で経験する患者の悲しみも、がんの医療現場に比べればマイルドな感情である可能性も考えられる。したがって、経験した悲しみの感情が相対的に高くない医療の場では共感性が仕事にプラスに働くことになる。

これらの研究はがんの医療者に限定したものではないが、がん医療の場では、共感性が高いことが両刃の剣として医療者を傷つける危険性は、とくに考えなければならぬだろう。がんの医療者がバーンアウトを起こし、医療の場を去りたいと考える例があることも報告されている¹⁸⁾。がんの医療現場では、共感性の高い医療者のうちたとえごく一部でもバーンアウトを生じて現場から去ってしまうとすれば、それは医療の損失だと考えなければならぬだろう。

■ 共感性が高い医療者はどうしたらよいか

共感性が高いことが両刃の剣となって心を傷つけ医療者のバーンアウトにつながることを防ぐようにするために、何が可能だろうか。

それには、少なくとも以下の4つの道が考えられる。

- ①感情的な共感反応を適度なレベルに抑えること
- ②悲しみに対する共感反応へのコーピング
- ③共感に伴うトラウマの処理
- ④共感反応そのものについての考え方を考えること

① 共感反応を適度なレベルに抑えること

考えられる第1の道は、患者や家族の感情の理解という認知的な共感はあるが、感情的な共感反応が高くなりす

ぎないように自分の感情反応を適度にコントロールすることである。医療分野で提唱されるのは、Fox(フォックス)が“距離を置いた関心”(detached concern)と称した考え方である¹⁹⁾。これは、医療で客観的な判断を下し冷静さを保つために、患者の感情を理解し敏感なケアをするのに十分な関心をもつようにしながらも患者から距離を置き客観的であることを指している。しかし、実際に、患者の感情状態に自分が巻き込まれない、適度に距離を置いた関心をどうやって実現するのか、適度な距離とはどの程度なのか、具体的な答えはない。

医療の場では、単純に共感性を強調するのではなく、単純に感情の抑制を望むのではなく、ある程度の距離を置いた関心を医療者が実現できる具体的な方法と教育の方策を検討することが今後必要になるだろう。

② 共感反応へのコーピング

第2の道は、共感反応に対してなんらかの対処行動(コーピング)をとることである。

悲しみや怒りへの共感反応をストレス事象だと考えれば、仕事を離れたときの趣味の音楽やスポーツは、ポジティブな感情を誘導する“情動焦点型のコーピング”²⁰⁾になる。このようにして医療者としての自分とプライベートな自分のスイッチのオン・オフをする間接的な対処は、普通に行われている。

ストレス・コーピングのもう1つのタイプは、問題に正面から向かい合う“問題焦点型のコーピング”である。この方策については、Florio⁹⁾の研究で、がん医療の看護師たちがもっとも有効だと判断していたのは、“成長しようとする視点をもつこと”というコーピングと、“同僚のサポート”というコーピングであった。前者は、「研修・教育への継続的な参加」「死や死ぬ過程について自分なりの考え方を確立すること」などであり、後者は、「一緒に働く看護師たちとの友情」「困難な課題に対して助け合う」などだった。

とくに、死や死ぬ過程について、さらには生きること、生を全うすることについて、借り物ではない自分なりの考え方を確立することは、がん医療者が通らなければならぬもっとも基本的な道だと思われる。

③ トラウマの強い影響の処理

患者の死、患者や家族の苦悩に対する強すぎる共感、ときには医療者にトラウマといえる高いレベルの影響を及ぼす可能性がある。

救急対応者や消防士などでは、悲惨な現場や、自分あるいは同僚の死にいたる危険に直面した結果、しばしば“惨事ストレス”によって急性ストレス障害を発症したり、のちに心的外傷後ストレス障害(PTSD)を発症したりする。消防士はPTSDのハイリスク集団であることが報告され

ている²¹⁾。

こうしたPTSDの発症を予防するものとして提唱されてきたのが、一般にデブリーフィングとよばれる手法で、“心理的デブリーフィング”や“ストレス・デブリーフィング”ともよばれる。これは、いくつかのステップから構成されているが、基本的には出来事から比較的短い時間のうちに小集団で経験を相互に語りあう手続きを含んでいる²²⁾。その後、この手法は、わが国の大震災などの被災者の支援者の間でも²³⁾、消防関係者の間でも²⁴⁾使用されるようになってきている。しかし、デブリーフィングでねらった素朴なカタルシス効果や視点の転換がうまくいくとは限らず、PTSDにとってマイナスな経験の再体験だけに終わる危険もあり、エビデンスに基づいて研究結果を見ていくと、心理的デブリーフィングは効果が得られない、あるいは自然回復よりも効果が低いという報告もある^{25,26)}。

患者の死を経験するさまざまな医療現場でもデブリーフィングが行われるが²⁷⁾、とくにがんの医療現場で行われる“デス・カンファレンス”も、このデブリーフィングの側面をもっている。デス・カンファレンスは、次のよりよいがん医療のために、反省と医療の質のアセスメントを目指して行われるものである。しかし、そこに心理的デブリーフィングの要素をもたせようとするときには、共感性の高い医療者に効果があるかどうかエビデンスに基づく再吟味が必要だろう。

■ 共感反応そのものについての考え方を考えること

もう1つの道は、悲しむ自分、涙を流す自分をいたすらに強く抑制しようとしなくて、共感反応をもう一度受け入れ直すことである。

がんの医療者にとって、もっとも本質的な問題は共感反応ではない。自分がかかわるがんの医療の限界、自分の知識、スキルのほうが本質的な問題である。そう考えれば、いたすらに共感性の抑制にこだわりすぎることは得策ではない。

共感反応そのものについて考え方を考えること、これを実現するための1つの方策は、自分の共感反応に不合理なほどの苦しみを抱いている医療者に対して認知行動療法的なアプローチ²⁸⁾をとることである。

認知行動療法の本質は、現実と乖離した不合理な信念や考え方を現実にあった合理的な信念や考え方に変えていくことにある。自分の信念を「自分が患者や家族とともに悲しむことが、破滅的な結果をもたらす」という不合理な信念ではなく、「いくら自分が悲しみを共有したとしてもそれは患者自身や家族の悲しみ・怒りと同じではない、それゆえに自分の悲しみや怒りの感情によって自分が破滅的な結果になることはない」「現在の医療水準では限界まで最

善をつくしたことに満足する」という合理的な信念に変えることである。この信念体系の教育を医療者の教育に組み込むこと、もし必要になったときには臨床現場でのカウンセリングの場を用意することである。

■ これからの研究

それでもなお、必要な研究が残されている。それは、これまであまり問題にされてこなかった、がん医療者の共感性とバーンアウトの関係をまず確認することである。悲しみ・不安・恐怖・怒りなどネガティブな感情の出現頻度が高い、がん医療現場では、共感性がある閾値以上に高いことはほんとうにマイナスなのだろうか。

次に必要なのは、共感性が高いためにがんの医療現場を去った医療者と、共感性が高くてバーンアウトに陥らずに現場でがん医療を続けている医療者の比較を行うことである。そうすることで、共感性によるバーンアウトに対する緩衝要因は何なのか、さらには、共感性が高すぎる、言い換えれば“心やさしすぎる”医療者ががん医療にとどまるために具体的に何ができるのかが明らかになるはずである。

文 献

- 1) Spiro HM, Curnen MGM, Peschel E et al (eds.): Empathy and the practice of medicine: Beyond pills and the scalpel. Yale University Press, New Haven, 1996
- 2) Beal DJ, Trougakos JP, Weiss HW et al: Episodic processes in emotional labor: Perceptions of affective delivery and regulation strategies. *Journal of Applied Psychology* 91: 1053-1065, 2006
- 3) Schmidt KH, Neubach B: Self-control demands: A source of stress at work. *International Journal of Stress Management* 14: 398-416, 2007
- 4) Herschbach P: Work-related stress specific to physicians and Nurses working with cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology* 10: 79-99, 1992
- 5) 川名典子：がん医療現場におけるスタッフケア～ラインケアの実際～. *日本サイコオンコロジー学会ニューズレター* 49: 4-5, 2007
- 6) Florio GA, Donnelly JP, Zevon MA: The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings: A transactional analysis. *Journal of Occupational Health Psychology* 3: 227-242, 1998
- 7) Murakawa Y, Nihei Y: Understanding the concept of a 'good death' in Japan: Differences in the views of doctors, palliative and non-palliative ward nurses. *International Journal of Palliative Nursing* 15: 282-289, 2009
- 8) Eisenberg E, Fabes RA: Empathy: conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior, Motivation and

- Emotion 14: 131-149, 1990
- 9) Hogan R: Development of an empathy scale. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 33: 307-316, 1969
 - 10) Davis MH: Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Personality and Social Psychology* 44: 113-126, 1983
 - 11) Fields SK, Hojat M, Gonnella JS et al: Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & the Health Professions* 27: 80-94, 2004
 - 12) Hojat M, Fields SK, Gonnella JS: Empathy: An NP/MD comparison. *The Nurse Practitioner* 28: 45-47, 2003
 - 13) Mehrabian A, Epstein N: A measure of emotional empathy. *Journal of Personality* 40: 525-548, 1972
 - 14) Williams CA: Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health* 12: 169-178, 1989
 - 15) Maslach C, Jackson S: *Maslach Burnout Inventory*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1981
 - 16) Carmel S, Glick SM: Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior. *Soc Sci Med* 43: 1253-1261, 1996
 - 17) Palsson MB, Hallberg IR, Norberg A et al: Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10: 19-26, 1996
 - 18) Fields AI, Cuedon TT, Brasseux CO et al: Physician burnout in pediatric critical care medicine. *Critical Care Medicine* 23: 1425-1429, 1995
 - 19) Lief HL, Fox RC: Training for "detached concern" in medical students. *The psychological basis of medical students* (Lief HL, Lief VF, Lief NR, eds.), pp. 12-35, Harper & Row, New York, 1963
 - 20) Folkman S, Lazarus RS: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21: 219-239, 1980
 - 21) Heinrichs M, Wagner D, Schoch W et al: Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters. *American Journal of Psychiatry* 162: 2276-2286, 2005
 - 22) Mitchell JT: When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Services* 8: 36-39, 1983
 - 23) 阪神淡路大震災による PTSD への対応を支援する会: 被災者の支援にたずさわるみなさまへ。阪神淡路大震災による PTSD への対応を支援する会, 東京, 1996
 - 24) 加藤友啓, 日高一誠, 下畑行盛ほか: 東京消防庁におけるグループミーティングの惨事ストレスに及ぼす効果の測定。日本トラウマティック・ストレス学会第6回大会シンポジウム「外傷的出来事に職業的に関わる人々のストレスケア」抄録, 2007
 - 25) van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM et al: Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet* 360: 766-771, 2002
 - 26) Devilly GJ, Gist R, Cotton P: Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and the therapeutic interventions: In the work place and after disasters. *Review of General Psychology* 10: 318-345, 2006
 - 27) Dietz D: Debriefing to help perinatal nurses cope with a maternal loss. *American Journal of Maternal Child Nursing* 43: 243-248, 2009
 - 28) 稲松信雄, 重久 剛, 滝沢武久ほか訳: REBT 入門: 理性感情行動療法への招待, 実務教育出版, 東京, 1996 (原書 Ellis A, Dryden W: *The practice of rational-emotive therapy (RET)*, Springer Publishing, New York, 1987)