

総説

## 感情社会学からみた医師の労働と医師-患者関係

### 一社会学者ホックシールドの感情労働論の知見を踏まえて考える一

中川東夫

恵寿総合病院 心療内科

#### 【要旨】

1970年代後半、米国を中心に社会学の定理と技法を感情に適用する“感情社会学”が登場した。感情社会学は、人が経験する感情について、その社会的な構成原理や文化相対的な感情規則を研究する学問である。1980年代に入り、米国の社会学者ホックシールドが、感情社会学から抽出した“感情労働”という働き方の概念を提唱した。感情労働は、職務の遂行に労働者自身の感情管理を求め、個人の主体性と社会構造との相互関係および社会的規範を維持するため必要とされる労働のあり方をいう。2000年代になり、本邦でも感情労働が多く職種に適用され、医療現場でも重要な役割を果たすようになった。近年、人口構造や疾病構造の変化とともに、医師の労働は、キュア (cure) のみならずケア (care) やマネジメント (management) にも重きが置かれるようになり、患者との信頼関係の確立、患者と家族への説明・同意・情報提供などの重要性が高まっている。医師の感情労働は医師-患者関係と密接に関連するため、医師が自らの感情を管理し、患者の感情の感知能力を高めることは、双方の関係がより円滑になり、互いが自発的かつ意欲的に関わることにも繋がる。それ故、医師の感情が社会に影響を受けて成り立つという観点から、感情労働を見定めることは医師の感情状態や医師-患者関係を捉える上でも有用と思われる。そこで、本稿では、医療現場において感情労働を用いる趣旨と意義を述べ、併せて感情社会学の観点から医師の労働、医師-患者関係について論じた。

Key Words : 感情社会学, 感情労働, 医師-患者関係

#### 【はじめに】

近年、病名告知、治療・延命に関わる患者への自己決定権の尊重、医療過誤や医療訴訟の増加、患者の高齢化や価値観の多様化によって、医師を取り巻く社会的情勢が一層厳しさを増している。また、臨床現場において医師は重篤な疾患、苦痛や死への対処、患者・家族の複雑な思いや感情を扱うことが多くなり、医師-患者関係における相互の疎通、信頼、尊敬がより重視されている。その一方で、双方の関係性が、個々の感情のもつれや対立によって確保できなくなり、医療の提供に支障をきたすことも少なくない。

従来、悲しみ、落胆、恐れ、怒り、憎悪、喜び、

希望、幸福などの感情は生得的かつ個人の内から湧き起る自然現象として扱われてきたことから、感情研究は、感情を生理的・精神的実体とみなす生理学や心理学の分野で担われてきた。他方、社会学 (sociology) の理論において、医療従事者と患者が持つ感情は、固有の心理・社会的文脈のなかで、医療従事者の労働や医師-患者関係を議論する上で有用性をもたらす素地となってきた。

1970年代後半、米国を中心に社会的な管理や規則、社会学的対象などの社会的要因によって、感情が規定・コントロールされているという観点から捉え返そうとする「感情社会学 (sociology of emotion)」が登場した。

1983年、米国の社会学者であるホックシールド<sup>1)</sup>は、感情に“労働”という用語を結合させて、“感情労働 (emotional labour)” (注1)<sup>1)</sup>という概念を提唱した。ホックシールドは感情社会学の主題として感情労働を掲げ、人と接する職業は、個人の感情を労働の一部をもって差し出さなければならず、それにより、労働者は“感情規則 (feeling rules)” (注2)<sup>1,2)</sup>に則って、自らの感情を管理することが求められるという視点から労働の特性を捉えた。そして、職務上要請される“感情管理 (emotion management)” (注3)<sup>1,2)</sup>が感情労働であり、その達成過程における感情調整の方略法として、表層演技 (surface acting) (注4)と深層演技 (deep acting) (注4)と呼ばれる2つのレベルを想定した。その後、ホックシールドは、作業の種類にかかわらず、人と人の接触があれば、労働者は感情労働を行う可能性があることを指摘し、感情労働の対象は外部の顧客だけではなく、内部の同僚、上司や部下、さらには自分自身をも含むと考えた。

2000年以降本邦においても、社会の多様化に伴って、個人や社会意識の平均値が変動し、社会規範の制約、社会階層の変遷、医療の高度化などの影響によって、医師の労働や医師-患者関係はより複雑さを増している。

さて、医師の能力は、診察態度、医療技術、臨床的役割、社会的役割・責任、価値観ばかりでなく、患者との相互関係、情報共有・提供などのコミュニケーション能力や社会的能力による様々な経験と研鑽によって培われる。双方を取り巻く状況や環境は、医療機関や診察室という限定された場面ではあるが、時に患者との信頼関係が揺らいだり、ラポール (rapport) の形成が困難になる場合もある。それによって、医師と患者は診療場面の状況に適合するよう自他の感情を操作するが、その適切さを巡って、時に争いが起こる。そのため、医師-患者関係を感情社会学の視点から検討することは、医師が臨床現場で経験する感情を俯瞰的に捉える上でも意義深いものと考えられる。そこで、本稿では、医療現場において感情労働を用いる趣旨と意義を検討し、併せて感情社会学の観点に立ち、医師の労働、医師-患者関

係について論じた。

### 【感情社会学とは】

感情社会学は、人の感情体験が生理学や心理学だけではなく、社会的な要因によって規定・コントロールされているという視点に立って感情を汲み取り、研究を行う学問である<sup>1)</sup>。感情を社会の外縁に疎外してきた従来の社会学に対して、感情社会学は、感情の社会性とともに関係の感情経験と社会との繋がりを持ち、それによって、自己や他者が管理されるという新たな理論的視座を提供した。

感情への社会学的アプローチとして、次の2つの代表的な方法が示されている。一つはケンパー<sup>3)</sup>による「社会生理学 (sociophysiology)」(注5)を基盤とした手法で、感情が社会的刺激によって表出され、社会状況の認知が感情を喚起させるとの考えに基づく実証主義的な技法である。ケンパーは、社会的関係の特性や構造的条件と、その結果生じる感情との間に体系的な繋がりがあつたことを前提に、感情の誘起を系統的に導き出し、理論化した<sup>3)</sup>。この理論の根幹は、感情が社会関係のさまざまな様態(現実的、想像的、予期的、想起的)から成り立ち、人の感情体験の大部分は、社会的相互作用の場面において体験されるという点にある。

もう一つは、ホックシールド<sup>1)</sup>が提唱した「相互行為論 (interactionism)」に基づき、自己と社会との関連性から構成主義的に接近する手法である。ホックシールドは、ブルーマーの「シンボリック相互行為論 (symbolic interactionism)」(注6)<sup>4)</sup>の立場から、感情を“自然派生的な生理現象”ではなく、“行為 (action)”として捉えることを重視した。そして、感情形成の要因と過程について、感情規則と感情管理という2つの概念を用いて説明した。つまり、感情規則は、職務ごとに意識的あるいは無意識的に決定されている感情の基準であり、その感情規則に従って適切な感情を表出することで、集団の秩序が保たれるというのである。そのため、労働者は、感情規則から逸脱しないよう自らの感情を調整することが要求され、それが感情管理として反映されるとの考え方である。この論理では、社会が人を規定する

よりも、人が社会を規定する側面の方が強調されている。

### 【感情と感情労働】

感情は、認知や思考とも密接に関連し、意思決定と適応において中心的な役割を果たすと考えられている<sup>9)</sup>。すべての社会的文脈には、社会や複数の人が関わる場面において、個人がどのように感じ、どう表現すべきかを方向づける感情規則が存在する。感情規則の捉え方は人それぞれであり、人が様々な形態の感情労働や感情管理を通じて、この規則に適応しながら社会活動を営んでいる。その意味で、感情は労働者だけの問題ではなく、個人を取り巻く社会構造に影響を受けて成り立っているといえる。

ホックシールドは、感情労働には認知的感情ワーク、身体的感情ワークおよび感情表現ワークの3要素が関与していると考えた。そして、それぞれの感情要素が自他の立場や期待される役割に影響を受け、望ましい感情を生み出していることに注目した<sup>1,2)</sup>。そのため、感情労働は、労働者が顧客の満足度を向上させるために顧客の感情の機微を察知し、自他の感情表現を変容させコントロールすることによって、はじめて価値ある仕事を提供することができる。従って、感情労働が果たす意義は、①労働者が感情管理を行うことで、接客業務の仕事を顧客対応に適応し明示化したこと、②労働過程の心理的・精神的統制に光をあて、労働者統制に新たな局面を切り開いたことである。

### 【医師と感情労働】

感情労働は、対人サービス労働業務を円滑に遂行するために援用され、医師の業務においても有用な要素となる。感情労働は、①労働者が顧客に抱く感情、②労働者と顧客がお互いに振る舞う感情表現としての行動、③当該サービスを受ける顧客の感情、の3つの側面からなる一連の労働過程といえる<sup>1)</sup>。ホックシールドは、感情労働の発生を満たす条件として、1) 対面あるいは声による労働者と顧客との直接的な接触が不可欠であること、2) 労働者が顧客の感情を操作し、ある特定の感情状態の喚起するため

に自らの感情管理を行うこと、3) 雇用者は労働者への研修、教育、管理体制を通じて労働者の感情管理に関してある程度影響力を行使することの3点を掲げた。そして、のちに感情労働が業界、階層および職務を超えて必要とされるもので、医療者や介護士などの職種にも適用されると考えた。

医師の業務は、上記の3)を除く1)と2)を満たすが、長年にわたり、本邦において感情労働に関する研究の対象から除外されてきた。その理由の一つとして、医師が感情的側面を重視しない技術的/臨床的役割(technical/clinical roles)を担う医療の専門家として考えられてきたことが挙げられる。しかし、近年では人口構造や疾病構造の変化とともに、医師の業務はキュアだけではなく、ケアやマネジメントにも重きが置かれるようになった。それによって、患者との信頼関係の確立や患者への説明・同意・情報提供などの重要性がますます高まっている。そのため、医師にとっても感情労働の視点を持つことは、医療現場のコミュニケーションを活性化する上で欠かせないものと思われる。

ライドナー<sup>7)</sup>は、面識のない顧客に対して一時的サービスを提供する“対人サービス職(personal services)”と、所定の期間の関係性のもとでサービスを提供する“対人援助職(personal assistance profession)”では、“感情労働過程(emotional labour process)”の有り様が異なることを指摘した。前者は、感情労働の対象との固有の関係を持たず思い入れがないことから、組織による厳格な介入が可能になる。一方、後者では感情労働の対象との固有の関係性を持つため、関係それ自体が規範的に作用し、組織的な指示がなくても自発的に適切な感情労働を行う傾向がある。医療を司る医師は、後者の対人援助職に相当し、直接的に“支援を必要とする患者を援助する”ことを目的とした職に位置づけられる。

### 【感情社会学における医師の役割と医師-患者関係】

医師は、患者の感情に影響されずに客観的かつ合理的に判断することが求められる。しかし、医師自身にも感情があり、医師の感情が判断や行動に影響をおよぼすこともある。そのため、感情が社会的に

形成され社会に影響を与えるという視点に立った感情社会学は、医師の感情や医師-患者関係を考える上で有用な学問と思われる。

医師は、様々な感情を抱きながら臨床の場に臨み、その時々状況に応じて自らの感情の誘発または抑制を要求される職務である。また、医師には患者との感情的な関わりを意識的に制限しようとする傾向がみられるが<sup>8)</sup>、しばしば患者の要望に応じて、感情を抑制あるいは促進しなければならない場面に遭遇する。また、患者との対話を重ねていくうちに、医師自身の能力や役割の限界を認識せざるを得ない状況に追い込まれたり、患者と不調和な関係に陥ることも少なくない。

医師は限られた時間の範囲で、患者に医療の知識（原因、症状、診断など）や技術を提供し、検査や治療を提供する権利を有している。その一方で、患者や他の医療従事者との相互関係を築きながら、日常の診療に従事する役割も担っている。

さらに、自己の感情を管理しながら、患者の感情を深く理解する、受容力と共感が求められる。これらの感情のコントロールや共感作業（*empathy work*）が、医師の感情労働と関連し、無機質な本来の治療行為そのものよりも強い疲労感を招く原因となる<sup>9)</sup>。

さて、労働者が感情管理を行うにあたって、感情的に負担となる“感情コスト（*emotional cost*）”が発生することがある。これは、“感情的不協和（*emotional dissonance*）”<sup>9)</sup>とも呼ばれ、感情労働の発生を前提として存在し、個人の内在的な感情が、組織から要求された外在的な感情と一致しないことによって生じる一種の葛藤（*conflict*）である<sup>10)</sup>。例えば、憤りや苛立ちを抑制して笑顔を作るような場面で生まれる感情が、それに相当する。感情的不協和は、感情的疲労（*emotional exhaustion*）<sup>9)</sup>、職務満足度の低下<sup>9)</sup>およびバーンアウト（*burnout*）（注7）<sup>11,12)</sup>を招くことから、個人と組織に広範かつ多大な影響を与える可能性がある。感情的不協和に対応する感情労働として、先述の表層演技と深層演技と呼ばれる方略が用いられる<sup>2)</sup>。

一例として、診察場で患者が悲しそうな顔で医

師の知らない母親の死を打ち明けた場面を想像してみよう。医師は、一度も見ていない患者の母親の姿を想像し、全く悲しくなくても感情規則に従い、患者の気持ちに配慮し意識的に悲しいように振る舞うこともある（表層演技）。あるいは、医師自身の母親が死んだことを想像し、内面の感情の感じ方そのものを変化させ、自己誘発的に悲しみを感じようと試みることもあろう。さらには自らの感情と患者の感じ方を一致させようとする場合もある（深層演技）。臨床場面（特に精神科・心療内科領域）では、このような医師と患者の感情の取り交わしが、日常盛んに繰り返されている。これらの演技は、医師自身の内面的感情に対応して外面に表出されるが、その感情表現は、医師の内面を変容させ、意図的に取り組むものである。つまり、医師個人の感情は、患者との関係性で変容するということである。

医師-患者間における医師が患者に抱く否定的な陰性感情（*negative emotions*）は、双方の関係性のみならず診療、治療、予後などにも大きな影響を与える。一般的に対人関係で誘起される陰性感情は、期待と現実との間に価値観および人生観のずれや差異が生じる時に出現する<sup>13)</sup>。医師-患者関係においても双方の立場の違いや価値観、人生観のずれが陰性感情を惹起させる。患者が陰性感情を抱いた場合、医師はその修正を試み、まず表層演技によって感情をコントロールしようと努める。しかし、表層演技は、感情的不協和と同様に、“自己不一致（*self-discrepancy*）の状態”<sup>14)</sup>で感情の表現を余儀なくされることから多大な労力を要し<sup>15)</sup>、医師の職務満足度を低下させ、バーンアウトのなかでも“情緒的消耗感（*emotional exhaustion*）”を深める<sup>10)</sup>。また、医師が患者との信頼関係を構築する際、自分自身や患者を欺く深層演技はかえって双方の信頼関係を損ね、医師の心理的ストレスが溜まり、それによって感情労働の質が阻害されることもある。さらに、“患者に望まれる医師”という偽りの自己を演じ続けた結果、自らの“真の感情（*true emotions*）”を封じ込め、健康や精神衛生に悪影響を与える可能性がある。それ故、医師には自らの感情と患者の心的状態を観察し、双方の感情状態を安定させる感情管理スキル

が求められる。さらに、過度な感情の促進や抑制は、医師の感じる感情の処理能力を弱め、診療に対する動機づけを低下させる。それによって、医師は医学的評価の精度を欠き、患者は医師の診断能力や管理能力に対して疑問を抱くことになる。従って、医師は、自分自身の感情体験が、医療行為に影響を与える可能性があることを認識し、自己の感情管理や患者の感情の在り方に留意し、双方の関係性を保つことを心がけるべきである。

ところで、患者中心のケアが叫ばれて久しいが、これを達成するため、今まで感情の変容を求められてきたのは、患者側よりも医師側のほうであった。その背景には、患者が医師よりも弱い立場にあり、患者の感情が軽視されてきたことが挙げられる。勿論、患者の希望や状況に合わせて双方のコミュニケーションを調整することは、非常に重要であるが、そのためには医師-患者間の協同作業が欠かせず、その懸け橋として、感情社会学がひとつのツールとなりうる可能性がある。

他方で、医師-患者間の良好な治療関係に大きな影響を与える構成要素として、患者が医師に対して向ける感情反応（転移：transference）と医師が患者に対して向ける感情反応（逆転移：counter transference）が挙げられる。転移は、患者の過去や無意識を探求する計り知れない貴重な機会を提供する反面、診療や治療に対する妨害や抵抗を引き起こす危険性も秘めている。逆転移は、医師の情緒的な反応によって、医師-患者関係の中立性が保てなくなり、治療の弊害となる可能性がある。このような感情的要因により、医師-患者間の関係性に影響がおよぶため、医師は治療場面で生じた自分の感情を振り返り、それらの良否を精査する作業を怠ってはならない。

さて、社会的場面において、人は自分自身への報酬には関係しない他者への報酬によって、しばしば快感（pleasant feeling）を喚起することがある。他者の成功や報酬の受容を観察した時、その観察者が他者と同じように快感を経験したり、行動強化（behavior enhancement）が起こったりする現象を“代理報酬（vicarious reward）”<sup>16）</sup>という。医師の労働のなかでも患者という他者を理解し共感する作業

は、治療を継続する上で重要な位置を占める。時に医師の患者への共感が、患者に対する代理報酬となって医師に快感をもたらし、治療へのアクセスを確保することにも繋がる。

診察場面における感情管理は、医師と患者の感情による対等な相互関係を維持する機能を果たしており、自他相互の体面が保たれるという意味で、日々の相互行為に不可欠な儀礼的行為といえる。この行為の積み重ねによって、医師と患者との間に信頼や共感が芽生え、双方の関係性がより深まっていく。感情社会学が医師-患者関係において重要な役割を担い、双方の感情は、医療の質（quality of care）・安全性・倫理、医師と患者の満足度にも大きな影響を与えることを忘れてはならない。

### 【本総説の限界と今後の課題】

まず、医師という特殊な職種に対する感情体験を他の領域の感情労働者と同様に扱い、感情労働論で議論することには限界がある。次に、ホックシールドは、感情労働を構成する主要な要素として、感情的不協和、表層演技、深層演技の3つの概念を掲げたが、感情労働における三者の位置づけは、未だ明確にされていない。また、本邦では感情労働とバーンアウトとの関連性がしばしば論じられているが、バーンアウトに至る過程には職業特性、感情労働の遂行および感情労働過程（emotional labour process）の多様性が深く関与していることに留意する必要がある。

なお、本稿は人の感情が自然派生的に生起するという前提に立って考える生理学的・心理学的研究を否定するものではない。また、人の感情が社会的に構成されていることを強調する感情社会学を積極的に支持するものでもない。

### 【おわりに】

ホックシールドによって提唱された感情労働の観点から、医師の労働および医師-患者関係について論じた。「感情は個人に期待される立場や役割によって影響を受け、自分や他者によって管理されることがある」という指摘は、社会的な感情への気付きを促

した主張といえる。しかし、人の感情には社会の統制を超える感情も備わっているため、疾病を患う患者を対象とする医療分野では、このような感情にまで視野を広げた感情研究も必要と思われる。また、医師と患者の治療関係は、双方の協同作業によって成立するものであり、内的な感情と期待する（される）感情の間には、常に隔たりがあることを念頭に置く必要がある。

COI：本論文に関して開示すべき利益相反はない。

### 【注釈】

注1：「労働者が、他者（顧客など）から観察可能な感情表出（表情や身体表現など）を自ら意図的に作り出すことを必要とする労働」と定義される<sup>1)</sup>。感情規則からの逸脱を自覚した人々は、概してその修正に努めることから、感情労働は感情の抑制、促進、緊張、忍耐といった対応を求められる労働とみなされている。

注2：感情は社会的なものであり、感情とその表現に関する規則によって、内面的かつ相互作用のなかで制御されている<sup>1,2)</sup>。この感情規則は、1つの社会や1つの状況的場面に1つだけ存在するというわけではなく、複数存在しうる<sup>2)</sup>。

注3：感情は行為に先立って生じ、感情への介入が後続する行為を方向づける有効な手段となる。この介入を“感情管理”と呼び、「観察可能な表情や身体的表現を作るために感情を管理する」行為のことと定義づけられる<sup>1,2)</sup>。

注4：感情労働が発生する心理的なプロセスによって、表層演技および深層演技の2種類の方略が要求される<sup>2)</sup>。前者は置かれた状況から経験する内在的な感情を変えず、人の外部に見られる表情と行動を変えるだけの演技である。つまり、実際に感じている感情とは無関係に、相手に対する感情の表し方や見せ方に関して管理や統制を行う演技である。これに対して、後者は、経験される感情の感じ方を状

況に適したものに变容させ、自分で捉え直した感情として表現する演技である。この方略は正しい感情を抱こうとする心の管理であり、相手が要求した感情を体験するために、自らの真の感情を調節して相手が要求した感情と一致させるもので、意識的な精神労働といえる。この2種類の演技は、“感情調整過程（emotional regulation process）”の中心に位置づけられる。労働者は、社会的に適切とされる感情の表し方を定めた感情規則に従って、自らの感情を管理することが要求される感情管理過程の中で、表層演技と深層演技を意図的に使い分けて取り組んでいることが想定されている。

注5：社会の外的な形態や構造を研究する社会形態学に対して、社会生活そのものを機能面から考察する学問である。社会的行為、慣行に対する集合的な観念、感情などを研究し、道徳社会学、法社会学、言語社会学などを包括する。

注6：ブルーマー<sup>4)</sup>の「シンボリック相互作用論」は、人と人との社会的相互作用（相互行為）、特にシンボリックな相互作用を主たる研究対象とし、その現象を“行為者の観点”から明らかにしようとするものである。その最大の特徴は、「自己や個人の内側に中心を置いて、社会状況における意味の創造を強調する研究と考え方」である。この理論において、個人や意味の取り扱われ方は、次の3つの基本的前提に集約される。つまり、①人は、日常生活の中で、身の周りに起こる現実を構成する様々な事柄（thing）に対して、自分が持つ意味（meaning）に基づいて社会的行為をなし（第一前提）、②その事柄の意味は、事物それ自体にあらかじめ備わっているわけではなく、人がその相手と執り行う社会的相互作用より、導き出し（第二前提）、③こうして発生した事柄の意味は、人が自ら直面した事柄に対処する際に用いる“自己相互作用（self-interaction）”の過程を通じて、操作されたり修正されたりする可能性がある（第三前提）という条件を踏まえた上で行為をなすものである。この自己相互作用は、社会学および心理学で重要な概念として位置づけられている“自我（self）”

または“自己の内実 (truth of the self)” に相応するものと考えられている。

注7: ホックシールドは、マスラークの事例<sup>12)</sup>を参照に、心身ともに疲弊し、“没感情 (emotional numbness)” に陥った状態をバーンアウトと捉えた。また、自己の心的状態と職務上果たすべき役割の均衡が保たれることが、バーンアウトに至らないための重要な鍵になると述べている。

### 【文献】

- 1) Hochschild AR: The managed heart: The commercialization of human feeling. Berkeley: University of California Press 1983 (石川准・室伏亜希訳, 『管理される心: 感情が商品になるとき』世界思想社. 2000)
- 2) Hochschild AR: Emotional work, feeling rules, and social structure. Am J Sociol 85: 551-575, 1979.
- 3) Kemper TD: A social interactional theory of emotions. New York: Wiley J& Sons. 1978. DOI:10.2307/2578010
- 4) Blumer HG: Symbolic interactionism : perspective and method. 1969. Prentice-Hall=1991 (後藤将之訳, 『シンボリック相互作用論: パースペクティブと方法』勁草書房. 1991)
- 5) Bediou B, Brunelin J, d'Amato T, et al.: A comparison of facial emotion processing in neurological and psychiatric conditions. Front Psychol 3: 1-11, 2012.
- 6) Larson EB, Yao X: Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. JAMA 293: 1100-1106, 2005.
- 7) Leidner R: Emotional labor in service work. Ann Am Acad Pol Soc Sci 561: 81-95, 1999.
- 8) Lupton D: Doctors on the medical profession. Sociol Health Illn 19: 480-497, 1997.
- 9) Lewig KA, Dollard MF: Emotional dissonance, emotional exhaustion and job satisfaction in call centre workers. Eur J Work Organ Psychol 12: 366-392, 2003.
- 10) Zapf D: Emotion work and psychological well being: A review of the literature and some conceptual considerations. Hum Resour Manag Rev 12: 237-268, 2002.
- 11) Zapf D, Seifert C, Schmutte B, et al.: Emotion work and job stressors and their effects on burnout. Psychol Health 16: 527-545, 2001.
- 12) Maslach C: Burnout: The cost of caring. MA: Malor Book. pp1-24(1982 edition), 2003. (<https://lib.ugent.be/catalog/rug01:002172544>)
- 13) 宮本眞巳: 感性を磨く技法としての異和感の対自化. 日保健医療行動会誌 31: 31-39, 2016.
- 14) Higgins ET: Self-discrepancy: A theory relating self and affect. Psychol Rev 94: 319-340, 1987.
- 15) Grandey AA: Emotion regulation in the workplace: A new way of conceptualize emotional labor. J Occup Health Psychol 5: 95-110, 2000.
- 16) Lockwood PL: The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. Behav Brain Res 311: 255-266, 2016.