

健康生成パースペクティブ：行動科学の新しい流れ

小田 博志*

I 出発点

医療社会学者アーロン・アントノフスキー¹⁾は、民族グループの違いによって、女性の更年期への適応の仕方に違いが見られるかどうかという研究テーマに従事していた。そのうち1つのグループを構成していたのは、中央ヨーロッパで1914年から23年の間に生まれた、すなわち第2次世界大戦が始まった1939年には16歳から25歳であったユダヤ人女性たちであった。

アントノフスキーは何気なくこのグループの女性たちに、戦争中、強制収容所に入れられたことがあるかどうか尋ねた。その結果によってこのグループをさらに強制収容所体験者と非体験者のグループに分け、双方の精神的な健康度を比較してみると、次のことがわかった。後者のグループのうちで、精神的に健康だといえる割合は51%であった。それに対して前者のグループで、精神的健康を保っていたのは29%の女性たちであった。身体的健康度を両グループで比較しても同様の結果が得られたという。

両グループの差の大きさを見ると確かに、強制収容という大きなストレスをこうむった人たちは、健康に関してよりダメージを受けている。しかしこのとき、アントノフスキーが目にしたのは、強制収容所を体験したにもかかわらず

* ハイデルベルク大学医学部医療心理学部門客員研究員

らず、良好な健康を保っている女性が29%という少なからぬ割合でいるという事実だった。「ストレスが健康を損なう」という従来の単純な図式ではこの事実は説明できない。むしろ問題はこうである。ストレスをこうむったにもかかわらず、彼女たちが健康を保っている鍵は何か？

アントノフスキーは、上の問いを出発点として1つの新しい道を歩み始めた。それは従来の医学に支配的であった「病気生成 (pathogenesis)」に対して、彼が「健康生成 (salutogenesis: the origins of health)」と呼ぶパラダイムを作り上げていく道であった (Antonovsky1979・1987)。

II 健康生成と病気生成

「特定の病気の原因は何で、どうやればそれを除去できるか」を問う、従来の病気生成の問い方は、様々な前提 (健康・病気観、ストレス観、治療観) と一体をなしている。翻って健康や病気という現象に、健康生成の問い (リスクファクターやストレスがあるにもかかわらず、特定の人たちはなにゆえ病気にならないのか？ 重病から回復したり、再発をまぬがれたりする人たちの共通項は何か?) を向けるならば、また新たな健康・病気観などが必要となってくる。ここでは病気生成の諸前提と対象させながら²⁾、アントノフスキーの考え方をたどっていきたい。

従来の医療制度のもとでは、人々はまず病気をもっているかどうかで分類され、さらに患者と判断された人々は、特定の病気の「症例その一」として細分されてきた。ここでは病気か健康 (=病気の不在) かの明確な線引きが行われる。このような健康・病気観をアントノフスキーは「二分法 (dichotomy) モデル」と呼ぶ。これに対して彼が提唱するのは「健康—病気の連続体 (the health-ease/dis-ease continuum) モデル」である。

彼のいう連続体とは、完全な健康と完全な病気を両軸とする。健康生成の立場が問うのは、ある人がある時点でこの連続体のどこに位置しているのか、どのようなファクターがその人を健康軸へと押しやるのかということである。も

もちろん完全な健康や病気というものは現実にはありえない。生命体は内在的に老化（エントロピーの増大化）への傾向をもっているから、すべての生命体はいわば「末期」状態にある。しかし同時に秩序化の働き（負のエントロピー）によって生命体はその形態を保っているのだから、生命体はなんらかの意味で例外なく健康なのである。生命現象はこの相反する二傾向の拮抗状態のうちで流動し続ける。この見方からは、「病気か健康か」の二分法モデルは生命の現実にはそぐわないものといえる。

病気生成の立場では、ある病名が特定されると、次にはその病気（ここでは実体的な症状）を引き起こした原因（病原菌・ウイルス・ストレス等々）は何か、それをどうやって（「魔法の弾丸」でもって）撲滅するかというふうに論理が展開していく。もしリスクファクターを撲滅し尽くせば、人間は完全な健康が得られる……。しかしこうした論理は「幻想」に終わるしかないアントノフスキーは（ルネ・デュボスに倣って）指摘する。なぜならアントノフスキーによれば、第1に健康とは自動的かつ永遠に与えられているものではなく、エントロピーの増大化傾向によって常に失われる可能性があるからであり、第2にリスクファクターは撲滅が不可能なほどに偏在的なものだからである。

健康生成の立場はここで、外在的なリスクファクターから、それをこうむる主体の側の条件へと目を転じる。アントノフスキーは心理社会的なリスクファクターであるストレスを例にとり、次のように述べている。ストレスはふつう病原的なもの、すなわち悪とみなされている。しかしこの見方では上述の強制収容所体験を経たにもかかわらず健康を保っている人たちの存在や、逃避可能な状況下で電気ショック（ストレス）を与えられたラットのリンパ球増殖率が、逃避不可能な電気ショック群ばかりか、電気ショックを受けない他の対照群（拘束のみの群および巣籠の群）と比較しても最も高かったという実験結果（Laudenslager, et al.1983）が説明できない。ストレスは生命体に緊張（tension）を引き起こす。それだけのことで、ストレス自体はなんら病的なものではない。主体の側の緊張処理（tension management）いかんによって、病的（pathogenic）な結果（アントノフスキーの用語によ

るストレス)ばかりか、中立的 (neutral) あるいは健康増進につながる (salutary) かのような結果さえ見ることができる。だから健康の獲得にとって重要なのは、偏在的なストレスの回避や撲滅という課題に終始することだけではなく、ストレスとそれが引き起こす緊張の処理の質をどう高めるかなのである。

以上のストレス・ストレス観から出てくる治療観は、人々を健康軸へと押し上げる健康増進的な資源 (salutary resources) をどう患者の内に育てていくかというものである。次節ではこうした資源について述べていきたい。

III 一般的抵抗資源と首尾一貫性の感覚

病気生成のパラダイムがもつばら追求してきたのは、特定のストレスに対する「特異的抵抗資源 (specific resistance resources)」であった。しかしストレスが偏在的なものであり、生命体の側はその多様で予測不可能なストレスに時々刻々と対応しながら健康を獲得しなければならないのなら、すべてのストレスに対応できる「一般的抵抗資源 (generalized resistance resources)」を明らかにすることこそ緊急の課題となる。

一般的抵抗資源の例としてアントノフスキーがあげるのは、経済力、エゴ・ストレンクス、文化の安定度、社会的支援などである。彼は著書でその体系的な分析を行っているが (Antonovsky1979)、そこでは物理的なものから認知的そして全社会的なものにいたる広範囲のものが一般的抵抗資源として列挙されている。

一般的抵抗資源は、いわば生命体がストレスに対処するときの手段の数々である。しかし手段が本当に役立つためには、それを使う生命体の側がある条件を満たしていなければならない。つまり、ある事柄が一般的抵抗資源として働く際に見られる、共通のルールがあるのだという。

アントノフスキーはその共通のルールを「首尾一貫性の感覚 (Sense of Coherence: 以下 SOC と略、調和の感覚とも訳せるだろう)」と名づけ、それが

健康生成の問いに対する自分なりの解答だとしている。

アントノフスキーはSOCを次のように定義している（Antonovsky1979：123）。

「自分の内的、外的環境が予測可能であり、また高い蓋然性の下で、物事が無理なく見込まれ、うまく運ぶのだという、浸透的で持続的それでいて動的な信頼の感情が持たれている程度を示す包括的な方向性のこと。」

（原文）“a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one’s internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.”

SOCとは何か特定のコーピング・スキルのようなものではない。それはそういう現象的なものの基礎にあって、有効なコーピングを可能ならしめるような生命体の世界への対し方である。内容的には自己と世界への基本的な信頼感だと要約できる。

SOCは次の3つの柱によって成り立っている（Antonovsky1987:16-19）。

①理解可能性（comprehensibility）の感覚：SOCの認知的支柱。自分の環境で出会う出来事には秩序があり、予測可能だという確信。

②処理可能性（manageability）の感覚：SOCの行動的支柱。ストレスに適切に対処するための資源を自由に用いることができ、それによってうまく乗り越えることができるという確信。

③有意義さ（meaningfulness）の感覚：SOCの情動的支柱。ストレスへの対処を有意義なものとして、また負担としてではなくチャレンジの対象としてとらえ、実際の対処行動へと人を乗り出させる動機づけ。

IV 展 望

アントノフスキーの健康生成概念は、行動科学と健康心理学の分野のなかで

はコーピング研究のなかに位置づけられ、健康の発生・保持・増進および回復に寄与するコーピング・スタイルの条件を問うたものといえるだろう。彼の新しさは何よりも問いの立て方、データの読み方の新しさにあった。冒頭で述べた「出発点」はその象徴である。彼自身、科学においては問いかけこそ重要なので、SOCという答えはむしろ二次的なものだとも認めている。

コーピング研究の代表人物ラザラスの「相互作用モデル」との比較はアントノフスキー自身が行っているので参照されたい (Antonovsky1979)。ラザラスとの違いとして1つ指摘しておきたいことは、アントノフスキーは時々に見られる現象的なコーピング・プロセスの根底をなす条件に焦点を絞り続けたということである。それは彼のSOC概念に結実している。この姿勢がアントノフスキーの著述に人間学的深みを与えているように思われる。

アントノフスキーが避けて通ったのは心身関係論である。この問題に関してはドイツ心身医学の2つの名、Viktor von Weizsäcker と Thure von Uexküll をあげるにとどめたい。「ゲシュタルトクライス」論で有名な前者は健康生成的思考の先駆者と見なされることもある (Köhle et al.1994)。後者はアントノフスキーの論をも積極的に取り入れて根本的な心身関係論を構築しており、日本への紹介が待たれる (Uexküll et al. herausgegeben1996)。

また今後の課題として最も大きなものの1つは、健康生成の立場からの臨床的介入であろう。アントノフスキーの論では、病気軸への傾向の強い人物がどうすればSOCを身につけられるのかという、主体の「変化」の問題の議論が手薄のように見受けられる。だがこの課題は健康生成パースペクティブが臨床的に応用しようとする際に、必ず出てくるものである。

上の課題に答えるためにも、健康生成的な主体の構造と条件を、個別事例分析のような質的調査法を用いて具体的に探る研究が必要である。この点では、特にがんの自然退縮を典拠例とする重病からの例外的回復に関する研究が近年になってアメリカ・オランダ・ドイツなどの各国で活況を呈してきている (たとえば Hirshberg et al.1995)。これだけに限らず、病気からの治癒プロセス一般、重病の長期生存者やその再発をまぬがれている人々、また様々な障害をこ

うむったにもかかわらず高い程度の精神的あるいは身体的健康を保っている人々の共通項を明らかにする「健康生成研究 (salutogenic research)」は未開拓の分野であり、今後多くの実りが期待される。

注：

1) Aaron Antonovsky は、1923年アメリカのブルックリンに生まれる。1955年イエール大学で社会学の博士号を得る。1960年にイスラエルに移住。1972年からNegevのBen Gurion 大学医学校で医療社会学の教授を勤める。1995年没。

2) アントノフスキーは自分と病気生成の立場との違いを際立たせるために、しばしば後者の限界を強調するきらいがある。しかし彼によれば両者はなんら排除し合うものではなく、互いに補い合う (complementary) べきものである。両者のバランスのとれた関係こそ望ましい。

参考・引用文献

- 1) Antonovsky, A. (1979), Health, Stress and Coping, San Francisco : Jossey-Bass.
- 2) Antonovsky, A. (1987), Unravelling the Mystery of Health, San Francisco: Jossey-Bss.
- 3) Hirshberg, et al. (1995), Remarkable Recovery: What Extraordinary Healings Tell Us About Getting Well and Staying Well, New York: Reverhead Books.
- 4) Köhle, K., et al. (1994), Das Salutogenese-Konzept in Theorie und Praxis, Vortragam 4. Marz 1994 auf der 40. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums fur Psychosomatische Medizin in Schonberg.
- 5) Laudenslager, M.L., et al. (1983), Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferations, Science, 221: p.568-570.
- 6) v. Uexkoll T, et al. herausgegeben (1996), Psychosomatische Medizin. Munchen: Urban & Schwarzenberg.