

オープンアクセス・コース



ジェーン・オグデン

このコースは、クリエイティブ・コモンズ 表示 4.0 国際ライセンス

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) の条件の下で配布されています。このライセンスは、原著者と出典に適切なクレジットを与え、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスへのリンクを提供し、変更が加えられた場合はその旨を明記することを条件に、あらゆる媒体での無制限の使用、配布、

複製を許可するものです。

*2019 - University of the People Course Developmentにより、ライセンス条項の下、誤字脱字、文法問題の修正、およびイギリス英語の綴りをアメリカ英語に変換するために編集されました。各章末のFor Discussion Questionsを削除。

概要

何世紀にもわたり、医療専門家たちは、病気になると心理的な影響があることを認識してきた。がんや糖尿病と診断されると、人は不安になったり落ち込んだりする。このコースでは、健康心理学、公衆衛生学、コミュニティ心理学を活用し、あらゆる身体的疾患の原因、進行、経験、結果に心理学がどのように貢献できるかを強調する。このコースでは、i) 健康であること、健康であり続けること、健康行動と行動変容の役割、ii) 病気の信念、症状認知、助けを求めること、医療専門家とのコミュニケーションに焦点を当てた病気になること、iii) ストレス、痛み、肥満、冠状動脈性心臓病、がんなどの慢性疾患の観点から見た病気になること、iv) 健康におけるジェンダーの役割、v) QOLと長寿の観点から見た健康上の転帰など、身体疾患において心理学が果たす多くの役割に焦点を当てます。

学習目標と成果

このコースの終了時までには、生徒は以下のことができるようになる：

1. 身体的健康への心理学的アプローチを支える主要な理論的枠組みを説明する。
2. 健康の説明における健康行動の役割を理解する。
3. 健康行動の開始、維持、変化に関与する心理的要因について説明できる。
4. 助けを求めたり相談したりする際に、病気の信念や症状の認知が果たす役割について説明する。
5. ストレスと病気の関連、痛みの知覚と治療に関わる心理的要因について説明する。
6. 健康行動、病気に対する信念、症状認知、ストレス、痛みが慢性疾患の鍵となることを説明する。
7. 性別による健康状態の違いを説明する
8. QOL（生活の質）や健康状態など、心理的な健康アウトカムの重要性を理解する。

著者について

ジェーン・オグデンは英国サリー大学の健康心理学教授で、心理学、栄養士、栄養学、医学、獣医学の学生を対象に、健康と病気についてより心理学的に考えるよう指導している。ジェーンの研究テーマは、食行動と肥満管理、コミュニケーション、女性の健康。180以上の学術論文と、"Health Psychology: The Psychology of Eating"（ブラックウェル社刊）、"The Psychology of Dieting"（ラウトレッジ社刊）など7冊の著書がある。また、メディアへの寄稿も多く、テレビやラジオ番組、さまざまな雑誌や新聞の記事にも携わっている。

内容

1. 心理学と健康に関する主要な理論的枠組みの紹介
2. 健康における行動の役割
3. 行動変容
4. 病気になることと、病気の信念、助けを求めること、コミュニケーションの役割
5. 病気であることと、ストレスと痛みの経験
6. 肥満、CHD、がんなどの慢性疾患における心理学の役割
7. ジェンダーと健康
8. 健康アウトカムと生活の質（QoL）

ユニット 1: 心理学と健康の主要な理論的枠組みの紹介

概要

健康心理学は身体疾患を研究する学問であり、肥満、糖尿病、がん、冠動脈性心疾患（CHD）などの問題を、健康行動（食事、運動、睡眠、援助探索、服薬アドヒアランスなど）、病気に対する信念、行動変容、健康転帰に焦点を当てて扱う。この最初のユニットでは、健康心理学の背景と、より伝統的な生物医学的モデルとの比較について説明します。健康心理学で使用される4つの主要な理論的枠組み、すなわち、生物心理社会モデル、連続体としての健康と病気、健康と病気間の直接的および間接的な経路、そして変動性への焦点を探ります。

健康心理学の背景

健康心理学とは、咳や風邪、がん、冠状動脈性心臓病、HIV、肥満、糖尿病など、あらゆる身体的健康問題における心理学の役割を研究する学問である。以下のような5つの簡単な質問を用いて、より伝統的な生物医学的モデルと比較することで最もよく理解できる：

生物医学モデル

生物医学的モデルは、以下の5つの質問に対する答えとして理解することができる：

- **病気の原因は何か？** 生物医学的モデルによれば、病気は体外からやってきて体内に

侵入し、体内の物理的变化を引き起こすか、あるいは体内の物理的变化とし

て発生する。このような病気は、化学的不均衡、細菌、ウイルス、遺伝的素因な

ど、いくつかの要因によって引き起こされる。

▪ **病気の責任は誰にあるのか?** 病気は自分ではコントロールできない生物

学的な変化から起こると考えられているため、個人は病気に責任があるとは考えられていない。外的な力が内的な変化を引き起こした犠牲者とみなされるのである。

▪ **病気はどのように治療されるべきなのか?** 生物医学的モデルでは、ワクチ

ン接種、薬物療法、化学療法、手術といった観点から治療を考える。

▪ **治療の責任は誰にあるのか?** 治療の責任は医療関係者にあります。

▪ **健康と病気における心理学の役割とは?** 伝統的な生物医学では、病気は心理

的な結果をもたらすことはあっても、心理的な原因をもたらすことはない。例えば、がんは不幸を引き起こすかもしれないが、気分はがんの発症や進行とは関係ないと考えられている。

健康心理学

20世紀に入って考え方が変わり、心と身体は生物医学的なモデルが想定していた以上に結びついていることが明らかになった。さらに、健康に対する最大のリスクは、もはや結核やインフルエンザのような急性疾患ではなく、冠動脈性心疾患（CHD）、がん、肥満、糖尿病のような慢性疾患であり、これらすべてに明確な行

動の役割があることがわかった。その結果、健康心理学が開発され、それは生物医

学モデルに問われたのと同じ5つの質問の観点から理解することができる：

- **病気の原因は何か？** 健康心理学は、人間を複雑系としてとらえるべきであり、病気は単一の原因因子ではなく、多数の要因によって引き起こされることを示唆している。したがって、健康心理学は、健康についての単純な直線モデルから脱却しようと試み、病気は次のような組み合わせによって引き起こされると主張する。

生物学的要因（ウイルスなど）、心理学的要因（行動や信念など）、社会的要因（社会的支援など）からなる。

▪ **病気の責任は誰にあるのか？** 病気はさまざまな要因が組み合わさった結果とみ

なされるため、個人はもはや単なる受動的な被害者とはみなされない。例えば、病気の原因における行動の役割が認識されるということは、個人の健康や病気に対する責任が問われることを意味する。

▪ **病気はどのように治療されるべきか？** 健康心理学によれば、起こった身体的

な病気だけでなく、その人全体を治療すべきである。これは、行動変容、信念や対処戦略の変化の奨励、医学的勧告の遵守という形をとることができる。

▪ **治療の責任は誰が負うのですか？** 身体的な病気だけでなく、全人格的な治療

が行われるため、患者には治療に対する責任の一端がある。これは、薬を飲む責任や、信念や行動を変える責任という形をとるかもしれない。患者は被害者とはみなされない。

・ **健康と病気における心理学の役割とは?** 健康心理学では、心理学的要因

を病気の結果としてとらえるだけでなく、健康な状態から病気に至る

までのすべての段階において、病気を引き起こす要因としてとらえる

。

したがって、健康心理学は、健康と病気のあらゆる段階における心理学の役割に

焦点を当てている。特に、健康の生物心理社会的モデル、連続体としての健康、

心理学と健康との間の直接的・間接的な経路、そして可変性に焦点を当てる。こ

れら4つの主要な理論的枠組みについて考察する。

4つの主要な理論的枠組み

1.生物心理社会モデル

生物心理社会モデルはEngel（1977）によって開発され、従来の生物医学的健康モ

デル（「バイオ」）に心理的側面（「サイコ」）と環境的側面（「ソーシャル」）

を統合する試みである：(1)生物学的要因には、遺伝、ウイルス、細菌、構造的欠

陥が含まれる。(2)健康と病気の心理的側面は、認知（例：健康への期待）、感情

（例：治療への恐怖）、行動（例：喫煙、食事、運動、飲酒）の観点から説明され

た。(3)健康の社会的側面は、行動の社会的規範（例：喫煙・非喫煙の社会的規範

）、行動を変える圧力（例：仲間集団の期待、親の圧力）、健康に対する社会的価

値観（例：健康は良いこととみなされるか、悪いこととみなされるか）、社会階級

、環境、民族性の観点から記述した。

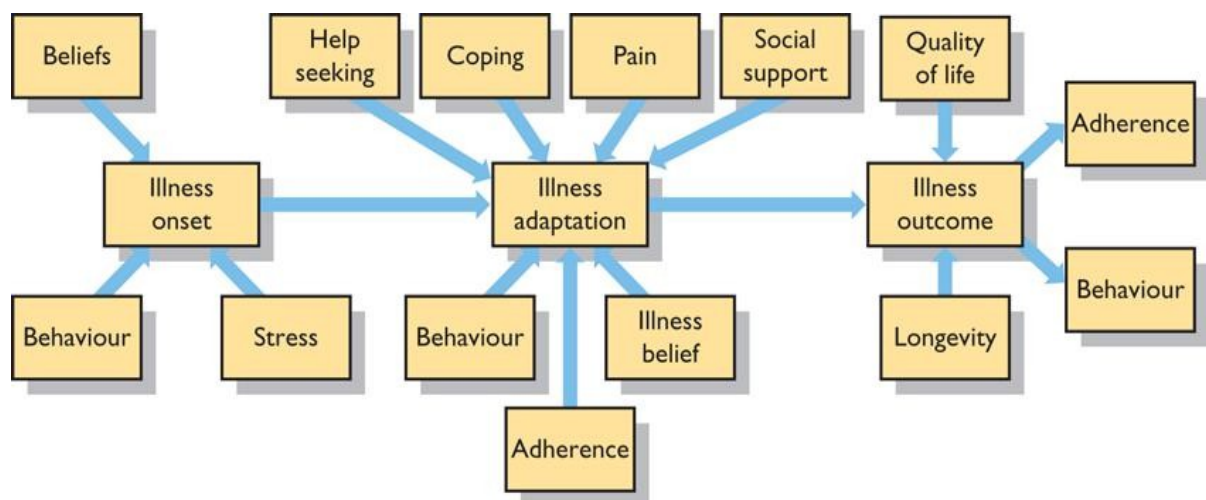
図1 健康と病気の生物心理社会的モデル（Engel 1977, 1980の後）



2. 連続体としての健康と病気

健康心理学は、健康と病気が連続したものであることを強調し、心理学的要因があらゆる段階で健康にどのような影響を与えるかを探求する。そのため心理学は、病気の発症（例：信念、行動（喫煙、食事）、ストレス）、助けを求めること（例：症状認知、病気の認知、医師と患者のコミュニケーション）、病気への適応（例：対処、行動変容、社会的支援、痛みの認知）、病気の進行（例：ストレス、行動変容）、健康アウトカム（例：QOL、寿命）に関与する。この視点を図2に示す。

図2：連続体としての健康と病気



3. 心理学と健康の間の直接的・間接的経路

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

健康心理学者は、心理学と健康の間には直接的な経路と間接的な経路の両方があると考

える。直接的な経路は生理学的な文献に反映されており、この観点からすると、人が

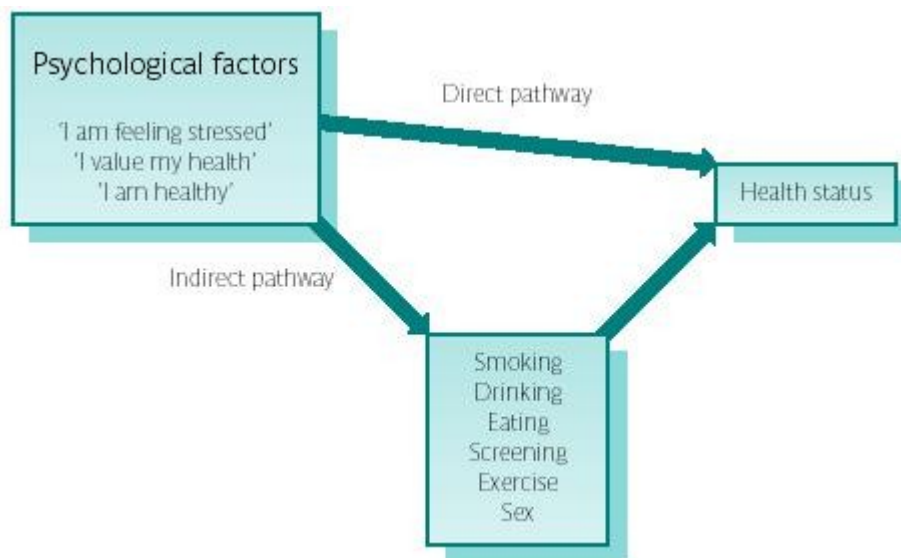
自分の人生を経験する方法（「私はストレスを感じている」）は、健康状態を変化させ

る可能性のある生理学の変化を通じて、体に直接的な影響を与える。間接的な経路は行

動学的な文献に多く見られ、この観点からは

の観点からは、人の考え方（「ストレスを感じている」）が人の行動（「タバコを吸おう」）に影響を与え、それが健康に影響を与える可能性がある。直接および間接的な経路を図3に示す。

図3 心理学と健康の直接的・間接的経路



3.A 可変性に注目

生物医学は、行動の予測因子としての知識（「私は喫煙が死を招くことを知っている」）と、健康結果の予測因子としての病気（「私は癌だから死ぬだろう」）に焦点を当てがちである。しかし、健康心理学では、人々の間にはこれよりもはるかに多くのばらつきがあると主張し、このばらつきに焦点を当てる。たとえば、2人の

人がともに喫煙が体に悪いことを知っていても、1人だけが禁煙するかもしれない

。同様に、2人の人が乳房にしこりを見つけても、医者に行くのは1人だけかもしれ

ない。さらに、2人とも心臓発作を起こすかもしれないが、1人は6ヵ月後にまた発

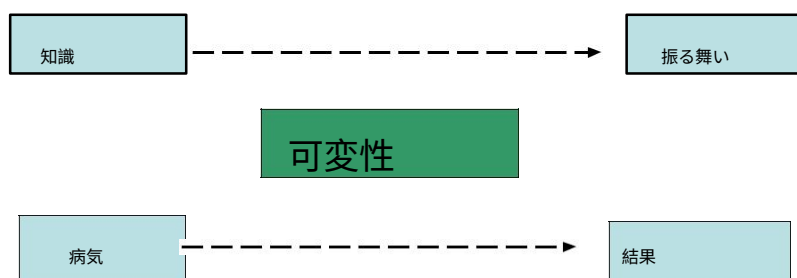
作を起こすが、もう1人は完全に健康で1ヵ月以内に仕事に復帰する。このようなば

らつきは、健康や病気は、病気の重症度（がんの種類、心臓発作の重症度）や知識

（喫煙の有無）だけでは説明できないことを示している。

有害である)が、他の要因が重要な役割を担っているに違いない。健康心理学者にとって、これらの要因には、認知、感情、期待、学習、仲間からのプレッシャー、社会規範、対処、社会的支援など、幅広い心理学的変数が含まれる。これらの構成要素は心理学の要であり、本書の各ユニットで扱われている。変動性の概念を図4に示す。

図4: 変動性への注目



4つの主要な理論的枠組みは、健康心理学の基礎を形成し、健康であることと病気になることのすべての段階において心理学が役割を果たすことを重視していることを反映している。これらの枠組みは、A氏の事例で説明することができる。

Aさん: 肺がんの例

A氏はインドの貧しい地域で育った。彼の両親はともにタバコを吸っていた。A氏が初めてタバコを吸ったのは12歳のときで、友人からタバコをもらった。運が良ければ、その辺に転がっている半分吸ったタバコを吸うことができた。父親と一緒に座ってタバコを吸うのは

と話す機会があった。その後、喫煙は習慣となり、日常生活の一部となった。45歳くらいのとき、彼は咳が出るようになったことに気づいた。咳は続いていたが、両親がまだタバコを吸っていて元気だったことから、彼はあまり心配しなかったし、タバコが関係しているとは考えなかった。数年後、咳はさらにひどくなり、胸に痛みを感じるようになった。彼は医者に行き、胸部X線検査を受けた。彼は仕事が忙しく、3回も予約を休んだ。結局、病院に行くと肺がんであることがわかった。彼は禁煙を勧められたが、禁煙するのは難しいし、周りはまだみんなタバコを吸っていたので止めなかった。結局、呼吸が苦しくなって仕事を断念せざるを得なくなり、孤独と悲しみに暮れた。Aさんは55歳で亡くなった。

この事例は、健康信念、仲間からのプレッシャー、強化、行動の利点、社会規範、習慣、病気に対する信念、リスク認知、助けを求めること、助けを求めることの遅れ、医師の意思決定、アドヒアランス、QOL、健康アウトカムなど、多くの心理学的構成要素を示している。

これに沿って、健康と病気の心理学の研究には次のような目的がある。

- 病気の発症における行動の役割を評価する。
- 不健康な行動を予測する
- 不健康な行動を改める
- 病気の経験を理解する
- 病気の経験を改善する
- 病気の転帰の予測因子を理解する

- 病気の転帰を改善する

終わりに

健康と病気の心理学では、さまざまな心理的要因が健康と病気にどのような影響を与えるかを探求し、生物心理社会的視点、連続体としての健康と病気、心理学と健康の間の直接的・間接的経路、変動性への注目という4つの視点を重視する。このコースは、健康心理学における重要な分野の多くをカバーしており、健康と病気に対するより幅広いアプローチに関心のあるすべての人に関連するものである。

質問

1. 健康心理学は、健康と病気に関する生物医学的モデルの前提に挑戦しているか？
2. なぜ健康心理学者は健康と病気を連続したものとするのか？
3. 生物心理社会モデルは有用な視点か？
4. 経路を間接経路と直接経路に分けることにどんな問題があるのか？
5. 人々の行動や健康上の結果について、どのような要因が人々の間のばらつきを説明できるのだろうか？

6. 健康心理学は、どこまで全人格を研究することができるのか？

ユニット 2.健康における行動の役割

概要

このユニットでは、健康における行動の重要な役割と、行動が個人の信念や様々な心理学的モデルの観点からどのように理解されうるかを探求する。その後、食行動に焦点を当て、心理学理論がなぜ私たちが食べるものを食べるのかを説明するためにどのように使われるかを説明する。

行動の重要な役割

10大死因による死亡率の約50%は個人の行動に起因しており、行動やライフスタイルが長寿に大きな影響を及ぼす可能性があることを示している。特に、Doll and Peto (1981)は、すべてのがん死亡の原因として、さまざまな要因の寄与を推定し、タバコの消費が30%、アルコールが3%、食事が35%、生殖および性行動が7%を占めると結論づけた。この推定から、がんによる死亡の約75%は行動によるものと考えられる。肺がんによる死亡の90%は喫煙によるもので、膀胱がん、膵臓がん、口腔がん、喉頭がん、食道がん、冠状動脈性心臓病など他の病気とも関連している。死亡率と行動との関係は、腸がんでも示されている。腸がんは、男性ではがん死亡

者全体の11%、女性では14%を占めている。研究によると、腸がんは総脂肪が高く、肉類が多く、食物繊維の少ない食事などの行動と関連している。しかし、行動は病気の発症だけでなく、病気の管理や健康上の転帰にも関連している。例えば、行動変容は心臓発作や脳卒中からの回復を助け、肥満を抑え、糖尿病のスイッチを切り、がんを管理するのに役立つ。

したがって、喫煙、飲酒、食事、睡眠、運動などの**健康行動**は、健康と病気の重要な予測因子である。そこで健康心理学者は、**健康信念**を研究することによって、健康に関連する行動を理解し、予測しようと試みてきた。例えば、喫煙は危険であるという信念は禁煙や禁煙と関連するはずであり、子宮頸がんは予防可能であるという信念は子宮頸がん検診の受診と関連するはずであり、運動は有益であるという信念は身体活動の増加と関連するはずである。健康心理学者は、人々が何を信じているのか、そしてそれがどのように行動するのかに関係しているのかを研究する。また、信念や行動が変えられるかどうかも研究する。このユニットでは、健康行動とは何か、人々が行動に関して抱いている信念とは何か、そしてこれらの信念がどのように行動モデルの開発に使われてきたかを取り上げます。その後、食行動に焦点を当て、私たちが何を食べるかを予測する上で心理学的要因が果たす役割を説明する。

健康行動とは何か？

健康行動とは、個人の健康状態に関係するあらゆる行動を指す。喫煙、脂肪分の多い食事、大量の飲酒、座りっぱなしの生活、危険なセックスなど、健康に悪い影響を与える行動と、歯磨き、シートベルトの着用、健康情報の入手、定期的な

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

健康診断、薬の服用、十分な睡眠時間、健康的な食事、活動的な生活など、良い

影響を与える行動がある。

行動に関する個人の信念

人は様々な種類の信念を持ち、それが行動に影響を与える。以下はそのうちの主

なものである。

i) 態度

私たちは、人生のさまざまな側面について態度を持っている。例えば、運動は退屈だ、喫煙はリラックス効果がある、野菜を食べるのは健康的だ、コンドームを使うのはセックスの楽しみを奪う、医者に行くのは恥ずかしい、アルコールはストレスに効く、といった態度である。こうした態度は明らかに変化し、私たちの行動を形成する。

ii) コントロールに関する信念

帰属理論によれば、人は出来事の原因が何であることを理解したがる。そのため、人はコントロールに関する信念を発達させ、世界や自分自身の行動の側面をコントロール可能か不可能かのどちらかに見なすことがある。例えば、肥満の人は、自分の体重を「遺伝」、「ホルモン」、「糖尿病」などの要因のせいだと考え、自分ではコントロールできないと感じるかもしれない。これとは対照的に、心臓発作を起こした人は、その原因を不健康なライフスタイルにあると考え、自分にもできることがあると感じるかもしれない。このようなことから、研究者たちは、人々が内的または外的な支配の所在を示すという健康支配の所在という概念に注目するようになった。

った。このような信念は行動に影響を与える。

iii) リスク認知

人は、ある問題に対する自分の感受性について信念を持ち、自分がどの程度「リスクがある」かについて判断を下す。たとえば喫煙者は、喫煙が不健康であることは理解していても、自分が肺がんのリスクにさらされているとは考えていないため、喫煙を続けるかもしれない。同様に、ある女性が子宮頸がん検査を受けないのは、子宮頸がんは自分とは違う女性にしか起こらないと考えているからかもしれない。

人には特定の症状に対する自分のかかりやすさを評価する方法があるが、これは必ずしも合理的なプロセスではない。個人が健康問題にかかるリスクを他の人よりも低く見積もることは、非現実的楽観主義と呼ばれ、一貫していることが示唆されている。さらに、人はリスク補償を示し、「今日はよく食べたからタバコを吸ってもいい」と考えることがある。これは、ある健康的な行動が、ある不健康な行動を補うと考えられるからである。

iv) 自信についての信念

また、人はある行動を実行する能力について信念を持っている。バンデューラ(1977)は、この**自己効力感**を「**自分がやりたいことは何でもできる**」という自信の度合いを反映するものと呼んでいる。たとえば喫煙者は、禁煙すべきだと思ってもしれないが、それができるという自信はほとんどない。同様に、太り過ぎの男性は、もっと運動すべきだと確信しているかもしれないが、この目標は達成できそうにないと考えているかもしれない。この2つの例は、自己効力感が低いと言える。これとは対照的に、健康診断を受けようという意欲があり、受けられると確信している女性は、自己効力感が高いと言える。自己効力感は行動の非常に強力な予測因子

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン
である。

行動モデル

研究者たちは、研究や介入を枠組みづける手段として、様々な信念を引き合わせて、健康信念とそれが健康行動に及ぼす影響のモデルを開発してきた。以下はその主要なモデルの一部である。

1.変化の段階モデル

変化の段階(Stages of Change)モデルは、Prochaska and DiClemente (1982)によって開発された。

変化の誘発と維持に関与するプロセスを説明する。以下の段階に基づいている：

- 1 **熟考前：**何も変えるつもりはない
- 2 **熟考：**変化を検討する
- 3 **準備：**小さな変化を起こす
- 4 **行動：**新しい行動に積極的に取り組む
- 5 **維持：**長期にわたって変化を持続させる

しかし、これらの段階は常に直線的に起こるわけではなく（単純に1から5へ移行する）、この理論では行動変容は動的なものであり、「オール・オア・ナッシング」ではないとしている。例えば、ある個人が行動段階に進む前に、準備段階に移行し、その後何度か熟考段階に戻ることもある。さらに、個人が維持段階に達したとしても、時間の経過とともに熟考段階に逆戻りすることもある。このモデルはまた、個人が特定の行動のコストと便益をどのように天秤にかけるかを検討し、これを意思決定バランスと呼んでいる。特に、変化の異なる段階にある個人は、行動のコスト（例えば、「禁煙すると不安になる」）か、行動のベネフィット（例えば、「禁煙すると健康になる」）のどちらかに異なる焦点を当てると著者は主張している。

例えば、行動段階（「禁煙した」）と維持段階（「4ヵ月間」）にある喫煙者は、行

動の有利で肯定的な特徴（「禁煙したので健康になった気がする」）に焦点を当てる傾向があるのに対し、前熟考段階にある喫煙者は、行動の否定的な特徴（「禁煙すると不安になる」）に焦点を当てる傾向がある。変化段階モデルは、喫煙、アルコール使用、運動、健康診断行動など、健康に関連するいくつかの行動に適用されている。また、関係する特定の人の特定の段階に合わせた介入を開発するための基礎として使用されることも多くなっている。

例えば、準備段階にあると認識された喫煙者は、熟考段階にある喫煙者とは異なる介入を受けることになる。変化段階モデルには多くの批判があるが、行動を記述し、この行動を変える方法をフレーム化するためのシンプルで有用なアプローチである。

2.健康信念モデル

健康信念モデル（HBM）（図1参照）は、当初Rosenstock（1966）によって開発され、1970年代から1980年代にかけてBeckerらによってさらに開発された。近年、健康信念モデルは、健康に関連するさまざまな行動を予測するために用いられている。

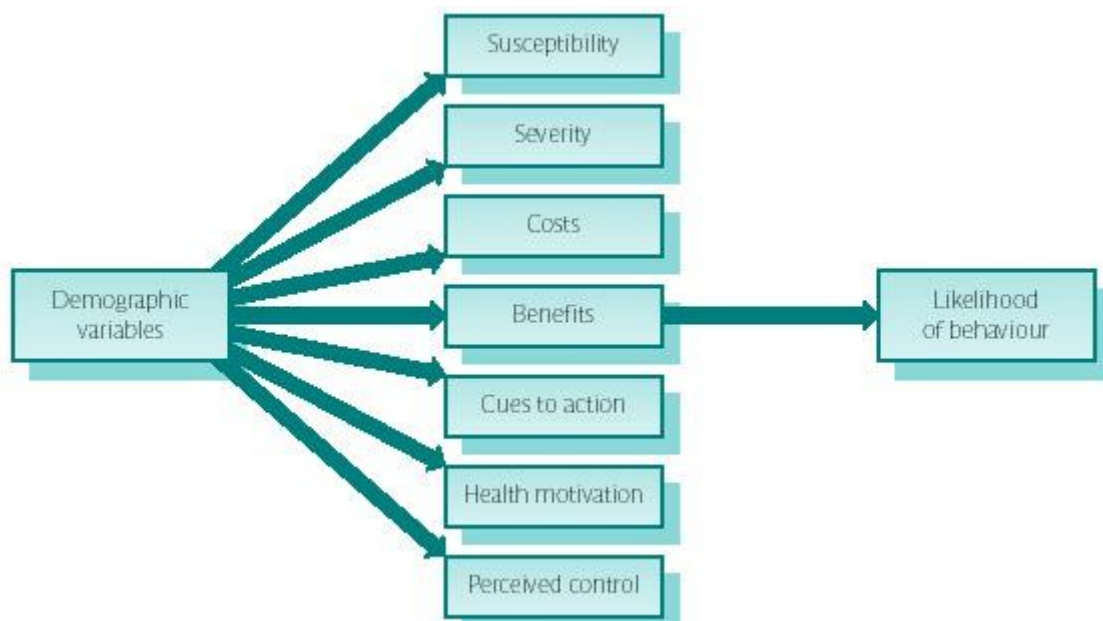


図1 健康信念モデルの基本

HBMは、行動とは、長年にわたって再定義されてきた一連の中核的信念の結果で

あると予測している。現在の核となる信念とは、個人の認識である：

- 病気へのかかりやすさ（例：「肺がんになる確率が高い」など）
- 病気の深刻さ（例：「肺がんは深刻な病気である」）。
- その行動を実行するために必要なコスト（例：「禁煙するとイライラする」）。
- その行動を実行することで得られる利益（例：「禁煙はお金の節約になる」、「喫煙はクールだ」など）
- 行動への手がかりは、内的なもの（息苦しいという症状など）である場合もあれば、外的なもの（健康教育という形の情報など）である場合もある。
- 知覚的コントロール（「禁煙できる自信がある」など）
- 健康動機（例：「喫煙が健康を損なうかもしれないと心配だから」）

HBMは、ある行動が起こる可能性を予測するために、これらの中核となる信念を用いるべきであることを示唆している。例えば、子宮頸がん検診のような健康に関連した行動に当てはめると、個人が、自分は子宮頸がん非常にかかりやすいこと、子宮頸がんは深刻な健康上の脅威であること、定期的な検診の便益は高く、そのような行動のコストは比較的低いことを認識している場合、HBMは定期的な子宮頸がん検診を予測する。このことは、医師の待合室にあるパンフレットのような外的

なもの、あるいは痛みや出血のような子宮頸がんに関係すると認識される症状（それが正しいかどうかは別として）のような内的なもの、といった行動への合図を受けた場合にも当てはまる。

さらに、このモデルは、女性が検診を受けられる自信があり、健康を維持する意欲があれば、検診を受けるだろうと予測する。

HBMを使った多くの研究が行われてきたが、その結果、さまざまな構成要素が以下のようなものであることが示された。

HBMは、食生活の遵守、安全なセックス、予防接種、定期的な歯科受診、定期的な運動プログラムへの参加、健康診断の受診行動など、さまざまな行動を予測することができる。しかし、HBMにはいくつかの批判がある。意識的な情報処理に重点を置いていること（例えば、歯磨きは本当に長所と短所を天秤にかけて決定されるのか）、個人に重点を置いていること（例えば、社会的・経済的環境はどのような役割を果たすのか）、過去の行動や習慣の役割がないこと、恐怖や否認などの感情的要因の役割がないことなどである。

しかし、HBMは研究を実施し、介入策を設計するために有用なアプローチである。

3. 保護動機理論

ロジャーズ（1975、1985）は、健康行動の理解に感情的な要素を含める試みとして、HBMに追加的な要因、特に恐怖を含めるように拡張した保護動機理論（Protection Motivation Theory: PMT）（図2参照）を開発した。

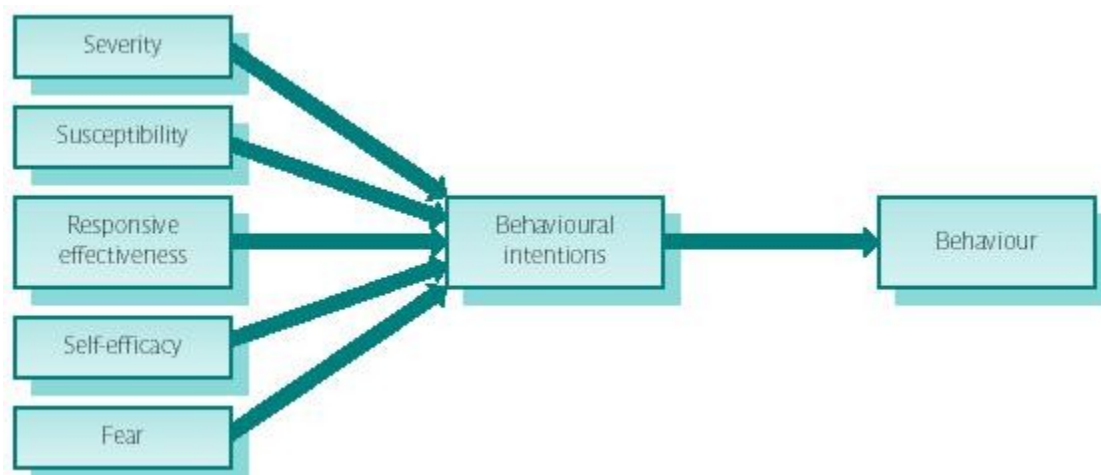


図2 保護動機理論の基本

PMTは、健康行動を5つの要素の産物として説明している：

- 1 深刻さ（例：「腸がんは深刻な病気です」）。

- 2 感受性（例：「腸がんになる確率が高い」）。
- 3 回答の有効性（例：「食生活を変えれば健康が改善する」）。
- 4 自己効力感（「食生活を変えられる自信がある」など）。
5. 恐怖（例：「がんになるのが怖い」という感情的反応）

これらの構成要素は、行動に関連する *行動意図*（例えば、「私は行動を変えるつもりである」）を予測する。高脂肪食が冠動脈性心疾患に果たす役割に関する情報があれば、恐怖が増し、冠動脈性心疾患がいかに深刻であるか（重症度知覚）、自分は心臓発作を起こしやすいと思う（感受性知覚）ようになる。また、食生活を変えることができ（自己効力感）、この変化は有益な結果をもたらす（反応有効性）と個人が確信していれば、行動を変えようとする高い意図（行動意図）を報告するだろう。

多くの研究が、運動、乳房自己検診、眼帯の着用、暴飲暴食、身体活動など、さまざまな健康行動の予測にPMTを用いている。PMTはHBMほど広く批判されていないが、HBMに対する批判の多くはPMTにも関連している。例えば、PMTは個人が意識的な情報処理者であることを前提としており、習慣的な行動を考慮しておらず

、社会的・環境的要因の役割も含んでいない。

4. 計画行動の理論

理性的行動理論（TRA）」は、「理性的行動」の予測因子を検討するために広く用いられた。

行動と態度の関係に関する社会心理学の議論の中心であった（Fishbein and Ajzen 1975）。計画的行動理論（TPB）（図3参照）は、アジュゼンと同僚（Ajzen and Madden 1986）によって開発されたもので、TRAからの発展形である。

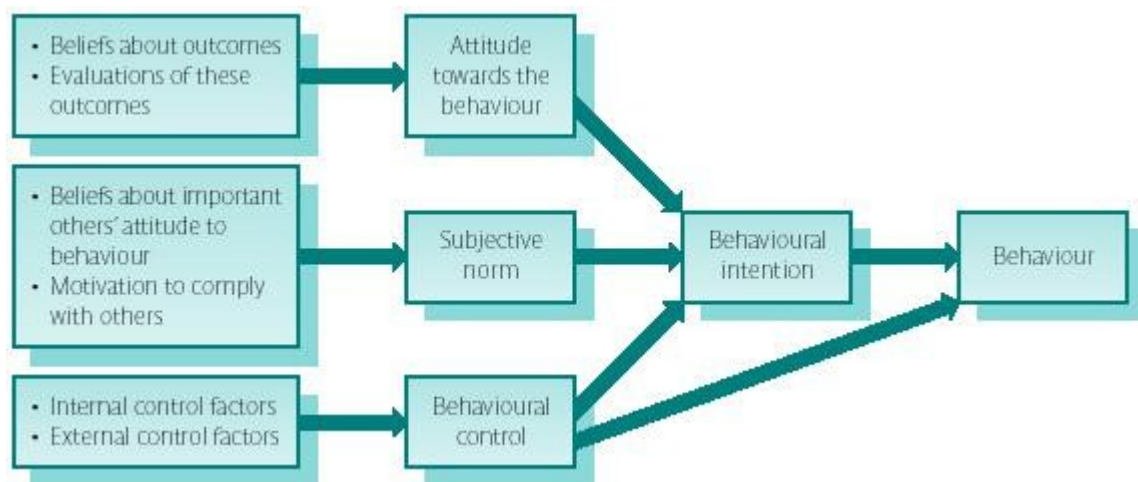


図3 計画的行動理論の基本

TPBは行動意図をいくつかの信念の組み合わせの結果として強調する。この理論では、意図は「行動目標を追求するための行動計画」（Ajzen and Madden 1986）として概念化されるべきであり、以下の信念の結果であると提唱している：

- ある行動に対する態度。これは、特定の行動に対する肯定的または否定的な評価と、その行動の結果に関する信念からなる（例：「運動するの

は楽しいし、健康増進につながる」）。

- 主観的規範とは、ある行動を行うための社会的規範やプレッシャーの認識と、個

人がその行動を行う動機付けがあるかどうかの評価で構成される。

このプレッシャーに従う（例えば、「痩せれば自分にとって大切な人たちが認めてくれるだろうし、認めてもらいたい」）。

- 知覚された行動統制とは、過去の行動に関連する内的統制要因（スキル、能力、情報など）と外的統制要因（障害、機会など）を考慮した上で、個人が特定の行動を実行できるという信念から構成される。

TPBによれば、これら3つの要因は行動意図を予測し、それが行動に結びつく。

TPBはまた、知覚された行動コントロールは、行動意図の媒介効果なしに行動に直接的な影響を与えることができるとしている。

アルコール摂取に当てはめると、TPBは次のように予測する。もし個人が、アルコール摂取量を減らすことが自分の人生をより生産的にし、健康に有益にすると信じ（行動への態度）、人生の重要な人々が減らすことを望んでいると信じ（主観的規範）、さらに過去の行動や内的・外的コントロール要因の評価により、自分はアルコールを減らすことができると信じている場合（高い行動コントロール）、アルコ

ール摂取量を減らすという高い意図（行動意図）が予測される。このモデルはまた、知覚された行動コントロールが意図の影響を受けずに行動を予測することも予測している。例えば、知覚された行動統制が実際の統制を反映するのであれば、「自分は身体的に運動できないから運動できないだろう」という信念の方が、高い運動意図よりも運動行動の予測因子となる。

TPBは、同性愛者と異性愛者の両方におけるコンドームの使用、輸血や臓器提供のための献血、喫煙、妊娠中の運動、歩行、運転シミュレーターを用いたスピード違反行動、意図的な自傷行為、自殺傾向など、幅広い行動の予測に広く用いられている。HBMやPMTとは対照的に、このモデルは（規範的信念という形で）社会的・環境的要因の問題に対処しようとしている。また、知覚された行動統制の尺度の中に過去の行動の役割も含まれている。しかし、TPBはその構成要素、TPBをテストするために使用される方法、TPBがどの程度行動を予測できるかという点で、批判にもさらされている。

まとめ

行動は健康や病気の中心的な要素であり、私たちが抱いている信念と明らかに結びついている。心理学では、行動を予測する信念をいくつも特定し、それらを研究や行動変容のための介入策を考案するためのモデルにまとめている。食行動は重要な行動です。ここでは、心理学理論がなぜ私たちがそのような行動をとるのかを説明するのに役立つ方法を説明するために、特に食行動を見ていきます。

食行動の例

食行動は、健康や病気と明らかに関連している健康行動である。例えば、食生活の乱れは、肥満、糖尿病、冠動脈性心疾患（CHD）、がん、関節障害、高血圧、脳卒中など、さまざまな健康状態と関連している。食行動は、他のすべての健康行動にも適用できる3つの主要な理論的アプローチで研究されてきた。それらは以下の通りである：

1. 認知モデル

食行動に対する認知的アプローチは、個人の認知に焦点を当て、認知がどの程度行動を予測し説明するかを探究してきた。ほとんどの研究は、社会的認知モデル、特に前述のHBMとTPBを利用している。食行動に対する認知的アプローチを用いたいくつかの研究は、全粒穀物、脱脂粉乳、有機野菜、全粒粉パンなどを食べる意図など、特定の食品を消費する意図を予測することに焦点を当てている。多くの研究が、行動意図は特に行動の良い予測因子ではないことを示唆している。実際の行動の認知的予測因子を探るためにTPBを使った研究もあり、食卓塩の使用、健康的な食事、低脂肪牛乳の摂取、果物や野菜の摂取といった行動が研究されている。食生活を最も予測すると思われる信念は、知覚された行動統制であり、これは、誰かが自分がおいしく食べることをコントロールできていると感じているほど、実際においしく食べることができる可能性が高いことを示している。

2. 発達モデル

そのため、食行動には人が抱く信念が関係している。こうした信念は、両親、仲間、兄弟姉妹、友人、メディアなど、さまざまな情報源から学習される。この学習過

程は、暴露、社会的学習、連想学習に重点を置いた食行動の発達モデルを用いて理解することができる（Birch, 1999）。

暴露：暴露の役割とは、単に慣れ親しんだ食品が食の嗜好に与える影響のことである。人間はバランスのとれた食生活を送るために様々な食品を摂取する必要があるが、新しい食品に対しては恐怖や回避を示すのが一般的である（新奇食恐怖症と呼ばれる）。そのため、幼児は新しい食品に対して新奇恐怖症的な反応を示すが、本来は脅威的に見える食品も受け入れて食べるようにならない。これと同じように、繰り返し食品に触れさせるだけで、子どもの嗜好が変化することが研究で示されている。

8～10回が最適とされている。

社会的学習：社会的学習やモデリングは、他人の行動を見ることが自分の行動に与える影響を反映したもので、社会的学習理論に由来する。食事に関しては、食べ物の嗜好はロールモデル、仲間、親、メディアから学ぶことができるという研究結果がある。例えば、ピアモデリングに関する研究によると、1週間後には、子どもは一緒に座っている子どもの好みに応じて野菜の好みを変えるようになり、子どもが家を出る際には、親自身の行動が、1年後の子どもの食行動の最良の予測因子となることが示されている。

連想学習：条件づけと強化の両方が子どもの食の嗜好に影響を与えることを示す研究も豊富にある。例えば、親の承認という形で褒めながら食べ物を選ぶと、食の嗜好が向上するようだ。さらに、「お行儀が良かったらクッキーをあげる」というように、食べ物をご褒美にすることは、短期的に子どもの行動に良い影響を与えるだけでなく、ご褒美の食べ物が不健康な食べ物であれば、不健康な食べ物の嗜好を助長する可能性もある。さらに、「野菜を食べたらプリンをあげる」のように、食べ物を使って他の食べ物の摂取を促すことも、食べ物の嗜好を変化させる可能性がある。

る。このような習慣は、ご褒美の食べ物（プリン）への嗜好を高めるが、逆にアク
セスの食べ物（野菜）への嗜好を低下させることがわかっている。

3. 食行動の体重関心モデル

食べ物は、ご馳走、お祝い、家族の団らん、良い母親、良い子供など、多くの意味を持つ

。さらに、ひとたび食べれば、食べ物は体重や体型を変化させ、それはまた、魅力、支配

、成功といった意味とも関連している。このような意味の結果、特に多くの女性が、身体

への不満という形で体重を気にするようになり、その結果ダイエットに走ることが多い。

ここで、「抑制された食事」と呼ばれるダイエットが食行動に与える影響について説明する。

ダイエットの目的は食事量を減らすことであり、いくつかの研究では、この目的が

成功する場合もあることがわかっている。しかし、いくつかの研究では、ダイエット

のレベルが高いほど食事摂取量が増えることも示されている。特に、食事量を減

らそうとすることで、ダイエッターは食事に気を取られるようになり、ダイエット

を中断したときに食べ過ぎてしまう。例えば、「クッキーは食べない」と一日中考

えている人は、クッキーのことで頭がいっぱいになり、我慢してクッキーを食べる

と、ついつい全部食べてしまう。これは「抑制解除」または「一体効果」と呼ばれ

、否認、気分の変化、アルコール、禁煙、あるいは単に避けていたものを食べるこ

とへの反応として起こりうる。

要約すると、食事は病気の発症、予防、治療の両面で健康に関係しているが、多

くの人々は常に現在の食事勧告に従って食事をしていない。心理学的研

究では、食行動を説明するために主に3つの理論的観点に焦点を当ててきた。発達

的アプローチは曝露と社会的・連合的学習を重視し、認知モデルは個人の認知を

重視し、体重関心モデルはダイエットと過食の原因に関連する文献を利用してい

る。これらの理論は、他のあらゆる形態の健康行動にも適用できる。

終わりに

行動は健康と病気にとって中心的なものであり、個人の信念やモデルを使って人々の信念を予測することができる。食行動は多くの健康問題の中心であり、人がなぜそのような行動をとるのかを理解するために心理学がどのように利用できるかを示している。

質問

1. なぜ健康に関する行動を説明し、予測することが重要なのか？
2. 個人の信念は、どの程度まで行動を予測するのだろうか？他にどのような要因が関係しているのだろうか？
3. 信念と行動のモデルは、実際の行動の説明にどの程度役立つか？
4. なぜ私たちは食べるものを食べるのだと思う？

ユニット 3.行動変容

概要

食事、喫煙、運動、睡眠、助けを求めること、服薬遵守などの健康行動が、健康と病気に関係することは明らかである。前の単元では、これらの行動と信念との関係について説明した。このユニットでは、i) 学習理論（認知を加えたもの）、ii) 社会的認知理論、および計画の使用という4つの主要な理論的観点を用いて、行動を変えることができるいくつかの方法について説明する；

iii) 変化の段階モデルと動機づけ面接の開発。）

感情を使って。

行動変容を促す4つの主な理論

1. 学習理論（認知を追加）

話す、歩く、食べるなど、どのような行動も、モデル化（他人を観察する）、強化（報酬の源）、関連づけ（気分などの内的要因や環境の外的要因と関連づけられる）という3つの重要なメカニズムを通じて学習される。従って、行動を変えるには、以下のような方法で古い行動を学習解除し、同じメカニズムを使って新しい行動

を学習する必要がある：

モデリング：周りの人を見て、真似したい行動に注目することで、自分の行動を変える

ことができる。これは、家族、友人、医療従事者、教師、職場の同僚、あるいはメディ

アで遠くから見ている人の行動かもしれない。したがって、自分の行動を変えたいので

あれば、望ましい行動をする人たちに囲まれて、より健康的な行動をする人たちに注目

することが有効である。

そうでないものは無視しようとする。これはモデリング、観察学習、あるいは社会的学習として知られている。

強化：何らかの形で強化されたり、報酬が与えられたりすると、行動は常に再発しやすくなります。これは、誰かが微笑んだり、褒めたり、喜びを示したりすることでも、シール・チャートのシールやおやつ、お金を得たり貯めたりすること、自分で褒めたりすることでもよい。しかし、それがどのようなものであれ、褒めることは新しい行動を再び起こさせるのに役立つ。そして肯定的な強化は、人の行動を変えるところか、自尊心や気分を低下させるだけのことが多い批判よりも、常にはるかに効果的である。

関連：どんな行動も、気分などの内的要因や環境の外的側面と関連づけられるようになる。したがって、行動を変えるには、新しい、より健康的な行動がよりポジティブになり、古い、より不健康な行動がよりネガティブになるように、新しい関連付けをする必要がある。これは、病気のイメージを探し、不健康な食べ物やタバコのイメージの隣に置くこと、健康的な生活のイメージを探し、健康的な食べ物のイメージの隣に置くこと、座りっぱなしでいることを疲れや退屈、怠けているという感情と関連づけること、よく食べることを健康や幸福の感情と関連

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

づけることを学ぶこと、外にすること、新鮮な空気、運動をすることを新たなエネルギーと関連づけることなどで達成できる。

これらの基本的な学習方略に、認知や考え方を変える方略を加えることができる

。これが認知行動療法（CBT）の基礎となる。

認知を変える：研究によると、認知は「ソクラテスの質問」を使って変えることができる。例えば、「誰からも好かれていない」と言う人がいたら、好かれている人の証拠を探す。

もし彼らが「自分が一番になれないのなら、自分は役立たずだ」と言うのであれば、「自分は十分で、これで良かった」という証拠を探すのだ。認知行動療法（CBT）は、行動変容戦略と認知再構築の組み合わせであり、多くの場面で使われ、行動を変える効果的な方法である。

CBTの基本を活用した行動変容に使えるもう1つのアプローチは再発防止と呼ばれるもので、主に嗜癖行動を変えるために使われてきた。再発予防には、リラクゼーション、契約設定、技能訓練など多くの戦略があるが、行動変容に役立つことが多い概念は禁欲違反効果（AVE）である。AVEは、最初の失禁（ダイエット中ならクッキー1枚など）から本格的な再発（全部食べてしまうなど）までの段階を説明し、どうすれば再発しにくくなるかを分析したものである。具体的には、個人が自分自身を非難し、自分自身（健康な人）をどのように見ているか（健康な人）と自分の実際の行動（今失敗した人）との間の不快なギャップのために認知的不協和の感覚を経験する場合に、再発が再発に変わると主張している。そして、最善の介入は、状況（「パーティーにいた」、「誰かにタバコを勧められた」、「とてもつらい一日だった」など）など、自分以外のせいにできるものを見つけるよう促すことだ

と主張する。そうすることで、人は自責の念を抱かなくなり、不協和が軽減され、

禁煙・ダイエットなどの努力に戻ることができ、再発を避けることができる。この

プロセスは、ダイエットの文献にある「なんちゃって効果」という概念と類似して

おり、行動変容に役立つアプローチである。

2. 社会的認知理論とプランニングの活用

ユニット2では、HBM、PMT、TPBなど、信念と行動に関するいくつかのモデルについて説明した。これらのモデルはしばしば社会的認知モデルと呼ばれ、信念が行動を予測する方法を、主に行動意図を通して説明している。しかし、しばしば問題となるのは、意図が実際の行動変容につながるとは限らないということである。例えば、ある人は明日ジムに行くつもりでも、いざその時間になると友人とのランチに気を取られてしまう。これは意図と行動のギャップとして知られている。意図を行動に結びつけ、行動変容を促す最も簡単な方法のひとつは、目標を設定し、計画を立てることである。目標は、いつ、どこで、何をするのか、明確で具体的なものでなければならない。心理学では、このような計画は「実行意図」と呼ばれることがあり、「昼食に魚と米を食べる。

明日の12時に、もっと健康的な食事をする」ではなく、「明日の12時に、もっと健康的な食事をする」。より広範な健康に関する文献では、最良の目標はSMARTであると言われ、具体的（Specific）、測定可能（Measurable）、達成可能（Attainable）、関連（Relevant）、適時（Timely）であることが求められている。研究による

と、目標設定は健康に関連するさまざまな行動を変えるのに役立つ。これらの目標を他の人と共有し、公表すれば、さらに効果的です。これは、その人と家族、友人、医療専門家との間の心理的な契約の基礎となり、説明責任を果たすことになります。

3. 変化の段階モデルと動機づけ面接

医療専門家は、クライアントが変化する準備がどの程度できているかを説明するために、「変化の段階モデル」をよく使う。このモデルには、5つの異なる段階が記述されている。前熟考（変化について考えない）、熟考（変化について考える）、準備（変化の準備を始める）、行動（変化を起こす）、維持（変化を維持する）、そして

再発（以前の行動に戻る）。このモデルは多くの点で批判されているが、行動変容のための介入を開始する人々を説明する有用な方法であり、行動変容のための2つの重要な発展につながった。1つ目は、段階を合わせた介入という概念で、どのような介入もその人の変化に対する準備態勢に合わせるべきであるという単純なものである。したがって、もし誰かがまだ前思考段階にいるのであれば、その人を変えさせようとする価値はまだないだろう。第二に、変化の段階のアプローチは、動機づけ面接（MI）の開発につながった。MIは、認知的不協和という概念に焦点を当てている。認知的不協和とは、人が自分自身をどう見ているかということと、自分がどう行動しているかということの間にミスマッチがあるときに感じる不快な感覚である。たとえば、自分では親切だと思っているのに、不親切な態度をとってしまったとしたら、認知的不協和の感覚を味わうことになる。同様に、「私は自分を大切にする分別のある人間だ」と思っているのに、「心臓発作の後、薬を飲んでいない」と思えば、不協和を感じるだろう。セラピーによっては、安心感を与えることで不協和を解消しようとするものもある。MIはその逆で、不協和を悪化させようとするものである。これは、自分の行動のコストとベネフィットを説明してもらい、それを本人にフィードバックすることで、本人が自分自身について信じていることと、実際

にやっていることの間にギャップがあることがわかるようにすることで達成される

。つまり、太っている人は、「たくさん食べることは自分の感情をコントロールす

るのに役立つから好きだ」と思うと同時に、「自分の体重が自分を惨めにしている

」と考えるかもしれない。これらの不一致な思考が自分にフィードバックされると

、「食べ方を変える時だ」と思うようになる可能性が高い。

動機づけ面接は、医療専門家が他者の行動を変えるために用いることができる。しかし、

動機づけ面接は自己の変化を促すためにも用いることができる。

異なるコストと便益を比較対照させ、不協和音を明らかにする。

4. 感情を使う

長年にわたり、健康促進キャンペーン担当者は、恐怖こそが行動を変える最善の戦略だと信じており、その結果、禁煙キャンペーンには「喫煙は死を招く」「喫煙はあなたの健康を著しく損なう」といった言葉が盛り込まれた。このアプローチは、キャンペーンが人々を恐怖に陥れるようにデザインされる恐怖訴求の概念によってもたらされた。減量の場合は、次のようなステップを踏むことになる：「太りすぎには脅威がある」： *心臓病*」、「*糖尿病*」、「あなたは危険にさらされています」： *太りすぎは心臓発作の危険がある*」「その脅威は深刻だ」： *心臓発作は死を招く*」。続いて、人々がこの脅威を回避する方法を説明する安全条件が続く：その行動は効果的である」： *健康的な食事は心臓発作を防ぐのに役立つ*」、「行動は簡単だ」：「*健康的な食事は簡単で安い*」。残念ながら、これらの恐怖アピールはあまり効果的ではなく、恐怖が強すぎても弱すぎても、人々はこの情報を無視してしまうという証拠がある。特に、恐怖に怯えると、人はメッセージをブロックし、自分自身をどのように見ているかということと、どのように行動しているかということの

間にギャップが生じ、誠実さの感覚に疑問を抱くようになるようだ。このブロックは、メッセージを批判したり（「よくわからない」、「パンフレットのデザインが悪い」）、出典を疑ったり（「科学者は信用できない」）、メッセンジャーを疑ったり（「あなたは太りすぎだ、減量について何を知っているのか」、「あなたは痩せている、減量について何を知っているのか」）するなど、さまざまな方法で達成される。

ブロッキングの問題には3つの解決策が考えられる。一つ目は、完璧な適度な恐怖を特定し、その量を使用することである。しかし、これは難しい。というのも、恐怖反応には個人差があり、集団レベルでも個人レベルでも、必要な恐怖のレベルを判断することはほとんど不可能だからである。第二のアプローチは、文字だけでなく画像を使うことである。多くの研究が、視覚的イメージはテキストだけよりもブロックしにくいことを示している。なぜなら、視覚的イメージは私たちの感情に直接影響を与える一方で、私たちの認知をバイパスするため、視覚的イメージのメッセージを知的に合理化したり、否定したりすることができないからである。最後に、ネガティブなメッセージは、事前に相手が自分自身について良い気分になるよう手助けしておけば、より聞き入れられやすくなるという証拠もある。これは、自己肯定感を高めるか、感謝を促すことで達成できる。自己肯定感とは、自分自身の良いところを考えてもらうプロセスである。例えば、「あなたが親切だった時を思い浮かべてください」とか、「あなたが得意なことを3つ書き出してください」などである。

同様に、感謝への介入は、人々が感謝を感じることができる生活の中の良いこと（例えば、「私には素敵な両親がいる」、「仕事は安定している」、「子どもは元気

だ」）に焦点を当てるように促す。自己肯定感を得たり、感謝の気持ちが高まった

りすると、人は自分自身についてより良く感じられるようになり、その結果、行動

を改めるよう指示するメッセージに脅威を感じなくなる。これは、教育における "

フィードバック・サンドイッチ "の概念（よく質問に答えてくれたが、もっと根拠

を加えることができたはずだ）、医療相談で推奨されるコミュニケーション・モー

ド（良いニュースは○○だが、悪いニュースは○○だ）、人間関係における対立を管

理するためのカウンセリング・アプローチ（洗い物をしてくれてありがとう、でも

時々料理をしてくれると助かる）に似ている。

終わりに

病気の予防、病気の発症、病気になってからの管理という点で、行動は健康と病気に明らかに関連している。したがって、行動を変えるための介入策を開発することが鍵となる。心理学者は、4つの理論的観点に基づいて、さまざまな行動変容戦略を開発してきた。これらには、CBTを実践する手段として、行動を学習解除し認知的再構築を加えること、意図と行動のギャップを埋めるために計画を立てること、変化の段階を通して人々を動かすために動機づけ面接を用いること、視覚的イメージや自己肯定感、感謝の介入に支えられた肯定的な方法で感情を用いることなどが含まれる。

質問

1. 健康行動の学習解除には、どのような行動変容戦略が使えるか？
2. 認知はどのように変えられるのか？
3. なぜ計画を立てることが行動を変えるのに役立つのか？
4. 不協和音を感じることで、自分の行動を変えることができるのだろうか？
5. なぜ恐怖心が常に行動を変えないのか？

ユニット4: 病気になることと、病気の認知、助けを求めること、コミュニケーションの役割

概要

ユニット2では、健康に対する信念と、その信念と健康行動との関係を評価するために開発されたモデルについて説明した。しかし、人は病気に対する信念も持っており、これらの信念は、病気になった時にどのように行動するか、助けを求めるかどうか、医療専門家とどのようなコミュニケーションをとるかに関係している。このユニットでは、自己規制モデル（SRM）と呼ばれるモデルの観点から、病気に対する信念について説明する。そして、症状認知と病気に対する信念を含む、助けを求める行動に関連する要因について説明し、医療相談と、臨床上の意思決定プロセスにおける医療専門家自身の信念の役割について探求する。

病識とは何か？

ハワード・レヴェンタール（Howard Leventhal）ら（Leventhal et al.）彼らは、このような信念が、病気に対処し理解するための枠組みやスキーマを患者に提供し、病気になったときに何に気をつければよいかを教えてくれる、と提唱した。レヴェンタ

ールらは、さまざまな健康状態に苦しむ患者へのインタビューを用い、5つの中核

的な信念を特定した：

- 1 アイデンティティ：これは、病気につけられたレッテル（医学的診断）と経験した症状（例えば、「風邪をひいた」-診断、「鼻水が出る」-症状）を指す。
- 2 病気の原因と思われるもの：これらの原因は、ウイルスなどの生物学的なものであったり

病変、またはストレスや健康関連行動などの心理社会的なものである

。加えて、患者はさまざまな異なる原因モデルを反映した病気の表象

を持つことがある（例えば、「私の風邪はウイルスが原因だ」、「私

の風邪は体を壊したことが原因だ」など）。

- 3 *時間軸*: これは、急性（短期）か慢性（長期）にかかわらず、病気がい

つまで続くかについての患者の信念を指す（例：「風邪は数日で治る」）

。

- 4 *結果*: これは、病気が生活に及ぼす可能性のある影響についての患者の認

識を指す。そのような影響は、身体的なもの（例：痛み、運動能力の欠如

）、感情的なもの（例：社会的接触の喪失、孤独感）、あるいは複合的な

もの（例：「風邪でサッカーができなくなり、友達と会えなくなる」）が

ある。

- 5 *治療可能性と制御可能性*: 患者はまた、病気は治療して治すことができると信

じているかどうか、病気の結果が自分自身や強力な他者によってどの程度コン

トロール可能かどうかという点でも、病気を表現している（例えば、「安静

にしていれば風邪は治る」、「医者から薬をもらえば風邪は治る」など

）。

レヴェンタールは病気の信念に関する記述を、病気行動の自己規制モデル（SRM）

に組み込んだ。このモデルは問題解決へのアプローチに基づいており、病気や症状

は他の問題と同じように個人によって対処されることを示唆している。問題や*現状*

の変化があれば、個人はその問題を解決し、正常な状態を再確立しようとする動機

づけを受けると仮定している。伝統的なモデルでは、問題解決を次の3つの段階で

説明する：（1）解釈（問題の意味づけ）；

（2）対処（現状を取り戻すために問題に対処すること）。

(3) 評価（対処段階がどれだけ成功したかを評価する）。問題解決のモデルによれば、これらの3つの段階は、対処戦略が成功し、平衡状態に到達したとみなされるまで続く。健康と病気に関して言えば、健康であることが個人の正常な状態であるならば、病気の発症は問題と解釈され、個人は健康な状態を再確立しようとする（つまり、病気は正常な状態ではない）。

これらの段階は、病気行動の自己規制モデルを用いて健康に応用されている（図1参照）。

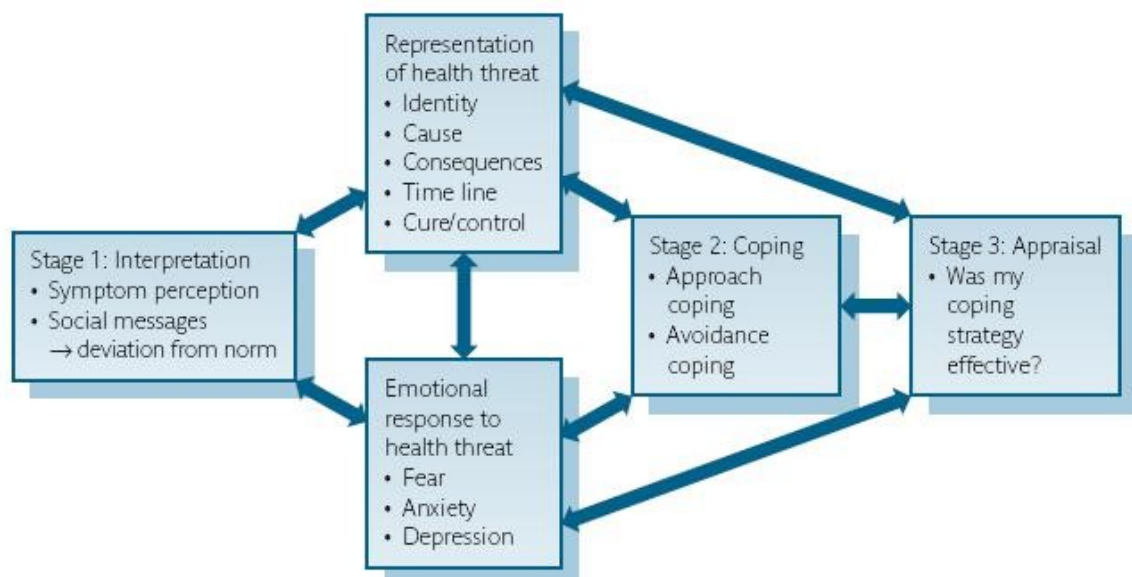


図1 レヴェンタールの疾病行動の自己調節モデル（SRM）

それぞれのステージは以下の通り。

ステージ1: 解釈

患者は、*症状認知*（「胸が痛い」）または*社会的メッセージ*（「医者がこの痛みを狭心症と診断した」）の2つの経路を通じて、潜在的な病気の問題に直面する可能性がある。そして、その人は、再び

そのためには、問題に意味を持たせることが必要であり、そのためには、「アイデンティティ」、「原因」、「結果」、「時間軸」、「治療／コントロール」という観点から、個人の病気に対する信念にアクセスする必要がある。これらの病識は問題に意味を与え、個人が適切な対処戦略を開発し、検討することを可能にする。しかし、病気の信念は症状認知や社会的メッセージの唯一の結果ではなく、人は感情状態にも変化を示す。例えば、痛みという症状を知覚し、この痛みは冠動脈性心疾患と関係があるかもしれないという社会的メッセージを受け取ると、不安になることがある。したがって、どのような対処戦略も、病気の信念と個人の感情状態の両方に関係しなければならない。

ステージ2: 対処

自己調整モデルの次の段階は、適切な対処戦略の開発と特定である。対処にはさまざまな形態があるが、他の多くの対処戦略を取り入れた対処には、大きく分けて2つのカテゴリーがある：接近対処（例：薬を飲む、医者に行く、休む、友人と感情について話す）と回避対処（例：否認、希望的観測、アルコールの飲み過ぎ）。病気という問題に直面すると、個人は健康的な正常状態に戻ろうとして対処戦略を立てる。

ステージ3: 鑑定

自己調整モデルの第3段階は評価である。これは、個人が対処戦略の有効性を評価し、この戦略を続けるか、それとも別の戦略を試すかを決定することである。

したがって、人は食事、運動、喫煙などの健康行動だけでなく、自分の病気についても信念を持っている。これらの病気に対する信念は、5つの核となる信念で構成されているようであり、人々が自分の病気をどのように理解するかということの中心となっている。このことは、SRMが示すように、対処戦略の選択や健康状態の最終的な結果に影響を与える。人々が様々な慢性疾患を理解する方法は、ユニット6で探求される。このユニットの残りの部分では、病気の信念が、助けを求める行動や、診察における医療従事者とのコミュニケーションにどのような影響を与えるかを探る。

助けを求める行動

ヘルプシーキング行動とは、健康に関連する問題に対して専門家の助けを得ようと決断するプロセスを指す。生物医学的なモデルによれば、ヘルプシーキングは2つの要因に関連している：

- **症状**頭痛、背中の痛み、食習慣の変化など、何か異常があることを示す。

- **徴候：**診察の際、医師は血圧の上昇、腸のしこり、患者の胸の音を聞い

たときのガタつきなど、問題があることを示す徴候を確認する。

この観点からすると、医師は探偵であり、患者は問題を持ってくることが求められる。し

かし、助けを求めることはこれほど単純ではなく、多くの人はごく些細な症状（例えば、

「先週喉が痛かったけど、もう治った」、「疲れているのに寝るのが遅い」）で医者に行

くし、多くの患者は何か深刻なことがあっても医者に行かない（例えば、「5年ほど前か

ら乳房にしこりがあったんだけど、それが今になって出てきた」、「乳房にしこりができ

た」、「乳房にしこりができた」、「乳房にしこりができた」、「乳房にしこりができた

」、「乳房にしこりができた」、「乳房にしこりができた」、「乳房にしこりができた」

、「乳房にしこりができた」）。

皮膚を通して」）。したがって、助けを求めることは、症状の発見や徴候の識

別よりもはるかに複雑であり、到達すべきいくつかの閾値という観点から理解

することができる。これらの閾値は以下の通りである：

- **症状なのか？** 「胃が痛い」。
- **正常か異常か？** "胃が痛いのですが、ただの消化不良ではありません"
- **助けが必要？** 「胃が痛いのですが、ただの消化不良ではなく、癌かもしれません」。
- **医者は助けてくれるだろうか？** 「胃が痛いんです。ただの消化不良ではないし、癌かもしれません。医者は癌について知っています」。

これらの閾値は、症状認知、病気に対する信念、医者に行くことの費用と便益と

いう3つのプロセスから理解することができる。

i) 症状認知

漠然とした感覚を症状という具体的な実体に変換するためには、症状認知のプロセ

スが必要である。研究によると、私たちが自分自身に症状があると認識するかどう

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

かは、主に4つの情報源に影響されるという：

身体データ：私たちは身体から情報を受け取るため、症状の知覚はある部分「データ主導型」である。しかし、症状認知は身体的データを受け取るほど単純ではなく、気分、認知、社会的背景によって症状の重症度が悪化したり、修正されたりする。症状は、身体的データがなくても発生することがある（例：アタマジラミの映画を見るとかゆくなる）。

気分： ストレスや不安は症状を悪化させるが、リラクゼーションは症状を改善させる。例えば、過敏性腸症候群、線維筋痛症、慢性疲労症候群など、さまざまな慢性疾患では、抑うつや不安が強いほど症状の自覚が強くなることが一貫して認められている。

認知： 症状に集中すると悪化し、気をそらすと良くなる。したがって、忙しくする、友人と話す、手術中にストレスボールを使う、音楽を聴く、可能であれば仕事を続けるなど、気をそらすことによって症状を軽減するのに役立つ戦略がたくさんある。

社会的文脈： 症状は社会的背景によっても異なる。例えば、「医学生病」は、医学生がしばしば、自分が研究している何らかの疾患の症状を発症することを表している。また、研究によれば、微笑み、あくび、震え、かゆみなどは、他の人がこれらの症状を経験しているのを見ると伝染する可能性がある。

したがって、症状認知のプロセスは、漠然とした経験を具体的な症状に変換するのに役立つ。しかし、これが助けを求めることにつながる前に、個人はその症状が異常かどうか、医師の正式な助けが必要かどうかを判断しなければならない。これは、病気に対する信念の形成に影響される。

ii) 病気の信念

ひとたび症状がそのように認識されると、人はその問題を精神的に表現する。これは前述した「病気の信念」と呼ばれている。研究によると、病識は多くの場合、同一性（「何なのか」）、時系列（「いつまで続くのか」）、原因（「何が原因なのか」）、結果（「自分の生活に深刻な影響を及ぼすのか」）、管理／治療（「自分で管理できるのか、治療が必要なのか」）に関する同じ5つの次元で構成されている。このような信念の形成は、友人、家族、メディアからの社会的メッセージによって助けられる。

その症状が深刻かどうか、異常かどうか、セルフケアで対処可能かどうかを判断する。また、その人自身の健康歴や健康レベルに対する期待にも影響される。例えば、頭痛を繰り返す患者は新しい頭痛にあまり驚かないかもしれないが、いつも元気な人はそれほど深刻でない症状により強く反応するかもしれない。ヘビースモーカーは、いつも息苦しく、それに慣れてしまっているため、息苦しいことを医師に言わないかもしれない。さらに、消化不良が普通の家庭で生活している場合、胸痛は「心臓発作の可能性」よりも「消化不良」というレッテルを貼られやすいかもしれない。

そのため、病気信仰は、その症状が異常である（あるいは異常でない）、深刻である（あるいは深刻でない）と判断され、次の閾値に上がる。

iii) 医者に行くことのコストとメリット

患者が助けを求める前の最終段階は、医者にかかる費用と利益を天秤にかけることである。これらは以下のように分類できる：

治療：まず、患者は医者に行くことの治療費と利益を天秤にかける必要がある。

効果的な治療を受けることができたり、専門家のアドバイスや治療を受けること

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

ができたりといったメリットが考えられる。しかし、（薬を飲むのが嫌いな人に）薬を飲ませたり、副作用のある薬を飲んだり、恥ずかしい身体検査を受けたり、恥ずかしい個人的な問題について話さなければならないなど、助けを求めることには犠牲も伴う。

実用的：医師の診察には、仕事を休む時間、家族と離れる時間、交通費、診察に行く労力など、実際的なコストがかかる。

感情的：多くの人は、感情的な理由から受診を楽しんでいる。例えば、一日の予定が立てやすい、診察室で話し相手に出会えるかもしれない、医師が安心させてくれたり、関心を持ってくれたり、同情してくれたり、気遣ってくれたりするからである。しかし、恥ずかしさや、すでに忙しく働きすぎていると思われる医師に対して迷惑をかけているという気持ちなど、このような訪問によって生じる否定的な感情もあるかもしれない。

病気の役割医師には、症状を正当化することによって、人を患者に変える力がある。そのため、喉の痛みを訴えていたとしても、「医師に扁桃炎だと言われた」と言えば、より多くの同情を得ることができる。これは「病人役」と呼ばれ、二次的利益（仕事を休むこと、同情されること）やコスト（体調が悪くなること）として知られる利益をもたらすことがある。

したがって、助けを求めるということは、最初感覚（「痛い」）が、専門家の助けを必要とするほど異常で深刻な症状であると判断され、医者にかかるメリットがコストを上回ると判断されるまでの、いくつかの閾値を反映している。これ

には、症状認知、病気に対する信念、医者に行くことの費用と便益を天秤にかけることが含まれる。

医療相談

患者が助けを求めると決めたら、医療専門家と接触し、この患者と医療専門家間のコンサルテーションが、診断と管理に関する重要な決定がなされる背景となる。伝統的な診察モデルでは、医師はその豊富な医学教育から得た客観的な知識を持つ専門家であり、その知識は受動的な患者に伝えられ、患者はどんな提案も吸収していた。

そして、それに応じて対応する。最近では、医師は自分の信念や偏見を持っていると見なされ、患者は適切な情報を知っていると見なされるなど、より対等な関係になってきている。このことは、医療専門家がどのように意思決定を行うか、またそれがどの程度彼ら自身の信念に影響されるかという問題を提起している。

医療従事者はどのように意思決定するのか？

現在、医療専門家は、がん、心臓病、多発性硬化症といった病気の患者と向き合っているが、患者は、頭痛、背中の痛み、疲労感、腸の変化といった漠然とした、そしてしばしば非常に一般的な症状を訴える。彼らの役割は、これらの症状が何を意味するのかを判断することである。消化不良」を意味する胸の痛みと「心臓病」を意味する胸の痛み、「インフルエンザ」を意味する体温の上昇と「髄膜炎」を意味する体温の上昇を区別することである。問題が診断されたら、適切な管理戦略を決めなければならない。「治るから何もしない」、「薬を処方する」、「セカンド・オピニオンのために緊急でない患者として紹介する」、「緊急に紹介する」、「救急車を呼ぶ」などである。したがって、医師の役割は高度な技術を要する複雑なも

のである。さらに、住宅、人間関係、保険給付の問題を抱えた人々が数多く来院するため、さらに複雑になる。毎週違う症状で来院する患者もいれば、恥ずかしくて来院の本当の理由を言えず、関係ない別の症状について診察時間を費やす患者もいる。このような臨床的意思決定のプロセスは、問題解決の枠組みの中で理解されてきた。

問題解決のモデル

臨床的判断は、問題解決の一形態として概念化することができ、診察の初期段階で仮説を立てることが含まれる。これらの仮説はその後、医師が質問を選択することによって検証される。問題解決のモデルは臨床的意思決定に適用され、臨床的意思決定の形成過程を強調し、以下の段階を含む（図2参照）

。

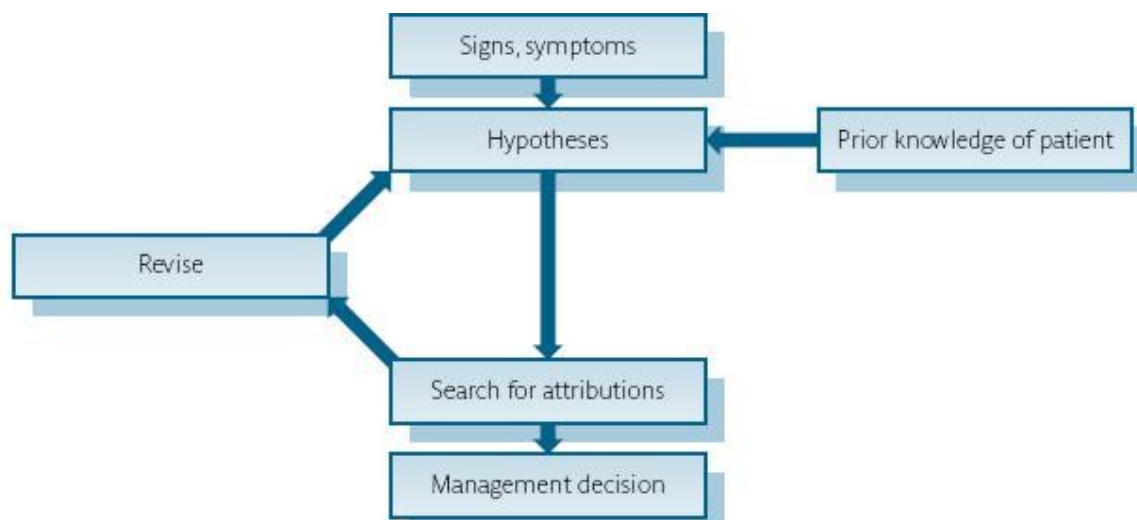


図2 問題解決の一形態としての診断

意思決定の段階は以下の通りである：

1. **患者の症状に関する情報にアクセスする。** 医療専門家から患者へのコン

サルテーションの最初の質問によって、医療専門家は問題の本質を理解

し、問題のタイプを内的に表現することができる。

2. **仮説を立てる。** 問題解決プロセスの初期段階で、健康

プロフェッショナルは、起こりうる問題の原因と解決策について仮説を立てる。

- 3 **属性を探索**。次に医療従事者は、仮説を確認する、あるいは反証するための要因を探索することによって、仮説の検証を進める。仮説検証プロセスに関する研究によると、医師はバランスの取れた質問をすることで仮説の確認か反証のいずれかを狙っているが、その質問のほとんどは当初の仮説の確認に偏っている。そのため、患者が心理的問題を抱えているという最初の仮説があると、医師は患者の心理状態に焦点を当て、患者が身体症状について話そうとするのを無視してしまうことがある。また、仮説を立てた後に医師が収集した臨床情報は、当初の仮説を支持するために組織的に歪曲される可能性があることが研究で示されている。さらに、仮説の種類によって、診察中に受け取ったあらゆる情報の収集と解釈に偏りが生じることも示されている。これは確証バイアスとして知られている。

- 4 **管理の決定**。臨床的意思決定プロセスの結果には、医療専門家が今後の方針を決定することが含まれる。しかし、診察や診断の結果は絶対的なもので

はなく、それ自体が仮説であり、将来の出来事によって確認されるか反証

される、情報に基づいた推測である。

ばらつきの説明

しかし、すべての医療専門家が同じ判断を下すわけではなく、一人の患者が異なる医師を訪ねた場合、異なる診断、異なる紹介、異なる治療計画に行き着くかもしれない。このような医療専門家の行動のばらつきは、次のようなことにつながる。

臨床判断に関わるプロセスの観点から理解される。例えば、医療専門家は次のよう

に考える：

- 患者の症状に関するさまざまな情報にアクセスする
- さまざまな仮説を立てる
- 仮説を確認するため、あるいは反証するために、さまざまな属性にアクセスする。
- 確認へのバイアスの度合いが異なる
- その結果、異なる経営判断を下すことになる。

医療従事者の意思決定に影響を与える重要な分野のひとつに、健康に対する信念がある。

医療従事者の健康信念の役割

患者には、自分の行動に関する信念（すなわち健康信念）と病気に関する信念（すなわち病気信念）がある。医療従事者もまた、自分自身の信念を持っており、それらは臨床上の意思決定プロセスに影響を与える。特に、このような信念は以下のよう

に当初の仮説に影響を与える可能性がある：

1. 臨床的問題の本質に関する医療専門家自身の信念。もし医療専門家が、健

康と病気は生物医学的要因（例えば病変、細菌、ウイルス）によって決定

されると考えているのであれば、この視点を反映した患者の問題について

の仮説を立てるだろう（例えば、いつも疲れていると訴える患者は貧血か

もしれない）。しかし、健康や病気を心理社会的要因に関連するものと考え

る医療専門家は、この視点を反映した仮説を立てるかもしれない（例えば

、疲労感を訴える患者はストレス下にあるのかもしれない）。

2. 仮説と疾患の確率に関する医療専門家の推定値。

医療専門家は、ある疾患は他の疾患よりも一般的であると考えている。

医師によっては、小児喘息は一般的な愁訴であると考え、咳で受診した子どもは喘息であると仮説を立てる。たとえば、小児喘息をよくある愁訴とみなし、咳で来院した子供が喘息であるという仮説を立てる医師もいれば、小児喘息はまれであると考え、この仮説を考慮しない医師もいる。これによって意思決定が変わってくる。

3. **病気の深刻さと治療可能性。** 医療従事者もまた、さまざまな病態がどれほど深刻で治療可能であるかについての信念を持っている。その結果、重症度と治療可能性についての信念の「見返り」を考慮する。例えば、腹痛で受診した小児が虫垂炎の仮説を立てたとする。これは、虫垂炎が重篤で治療可能な疾患であり、この仮説が否定された場合のコスト（時間の浪費など）よりも、この疾患の正しい診断に到達することのメリットの方がはるかに大きいからである。

4. **患者に関する個人的知識。** 当初の仮説は、医療従事者の患者に関する既存の知識とも関連する。そのような要素には、患者の病歴、心理状態に関する知識、患者の住む世界についての理解、患者が医療サービスを利用する理由についての信念などが含まれる。

5. **医療従事者の固定観念**医療従事者と患者との面談のほとんどは時間制限のあるも

のであり、その結果、ステレオタイプは仮説を立て、検証し、管理上の決定に至

る上で中心的な役割を果たす。ステレオタイプは "認知経済 "のプロセスを反映し

ており、患者の外見や話し方、歩き方、医療従事者が以前の患者を思い出すかど

うかなど、多くの要因によって形成される。固定観念がなければ、医療専門家と

患者の間の相談は非常に時間のかかるものになるだろう。

オリジナルの仮説の展開に影響を与える可能性のあるその他の要因としては、気分、医

療従事者自身の年齢、性別、体重、地理的な場所、これまでの経験、健康に関する行動

(食事や運動など) などがある。

終わりに

人は自分の行動に関する信念だけでなく、病気に関する信念も持っている。このような病気に関する信念は、センス・メイキングのプロセスの鍵となり、自己規制モデル（SRM）の文脈で研究されてきた。このような信念は、症状認知や医者に行くことの費用と便益の比較にも関係する助けを求めることに影響する。しかし、医療専門家もまた信念を持っており、それらは臨床的意思決定プロセスの中心的役割を担っている。

質問

1. 人々は自分の病気をどのように理解しているのだろうか？
2. SRMのステージとは？
3. 症状認知に影響を与える要因とは？
4. なぜ助けを求めない人がいるのか？
5. 医療従事者の決断は、どの程度彼らの信念に影響されるのか？

ユニット 5.病気であることとストレスと痛みの経験

概要

ユニット4では、人々が自分の病気に対する信念を通して、自分の健康や病気をどのように理解し、それがどのように助けを求める行動や受診に関係しているかを説明した。この観点からすると、病気は人それぞれ異なった形で経験され、この経験があらゆる病気の結果に影響を及ぼす。患者の体験の重要性を明確に示す2つの分野は、ストレスと痛みである。このユニットではまず、ある出来事が他の出来事よりもストレスが多いと感じられる理由と、ストレスが健康と病気に及ぼす影響について探求する。次に、痛みは感覚というよりむしろ知覚と考えるのが最も適切であり、そのため様々な心理的要因によって変化する可能性があることを説明する。

ストレス

ストレスについては膨大な文献があります。このユニットでは、ストレスとは何か、ストレスの評価モデル、ストレスが健康と病気に及ぼす影響について探ります。

ストレスとは何か？

ストレス」という言葉は、さまざまな人にとってさまざまな意味を持つ。一般人は、プレッシャー、緊張、不快な外力、または感情的反応という観点からストレスを定義することができます。現代的なストレスの定義では、外的環境ストレスをストレッサー (例: 職場での問題)、ストレッサーに対する反応をストレスまたは苦痛 (例: 緊張感)、ストレスの概念を生化学的、生理的、行動的、心理的变化を伴うものとみなしています。研究者はまた、有害で損害を与えるストレス (苦痛) と、肯定的で有益なストレス (ストレス) を区別しています。さらに研究者は、試験や人前でのスピーチなどの急性ストレスと、仕事のストレスや貧困などの慢性ストレスを区別しています。

最も一般的に使用されているストレスの定義は、Lazarus and Launier (1978) によって考案されたもので、彼はストレスを人と環境の間の取引とみなし、ストレスを「人と環境の適合」という観点から説明しています。試験や人前でのスピーチなど、潜在的に困難なストレッサーに直面した場合、その人が経験するストレスの程度は、まずその出来事に対する評価（「ストレスになるかどうか」）によって決まり、次に自分の個人的資源に対する評価（「対処できるかどうか」）によって決まります。人と環境の適合が良好であれば、ストレスはないか、または低くなり、適合が悪ければ、ストレスは高くなる。これは、ストレスのトランザクショナルモデルと評価の重要な役割の中で説明されている。

ストレスのトランザクショナル・モデル

ラザルスは、ストレスには個人と外界との間の取引が関与しており、個人が潜在的にストレスとなる出来事を実際にストレスであると評価した場合に、ストレス反応が誘発されると主張しました。したがって、Lazarusの評価モデルは、個人を、外界に単に受動的に反応するのではなく、外界を評価する心理的存在として説明したのです。ラザルスは、一次評価と二次評価の2つの形態を定義した。ラザルスによれば、個人はまず出来事そのものを評価する。(1)無関係、(2)良性で肯定的、(3)有害で脅威、(4)有害で挑戦。ラザルスは次に

、第二次評価について説明した。第二次評価とは、個人がさまざまな対処戦略の長所と短所を評価することである。

したがって、一次評価には外界に対する評価が含まれ、二次評価には個人自身に対する評価が含まれる。このモデルを図1に示す。一次評価と二次評価の形態によって、個人がストレス反応を示すかどうかが決まる。Lazarusのモデルによれば、このストレス反応にはさまざまな形態がある。

行動を起こす、(2)情報を求める、(3)何もしない、(4)リラクゼーションや防衛機制の面

でストレスに対処する手段を開発する。

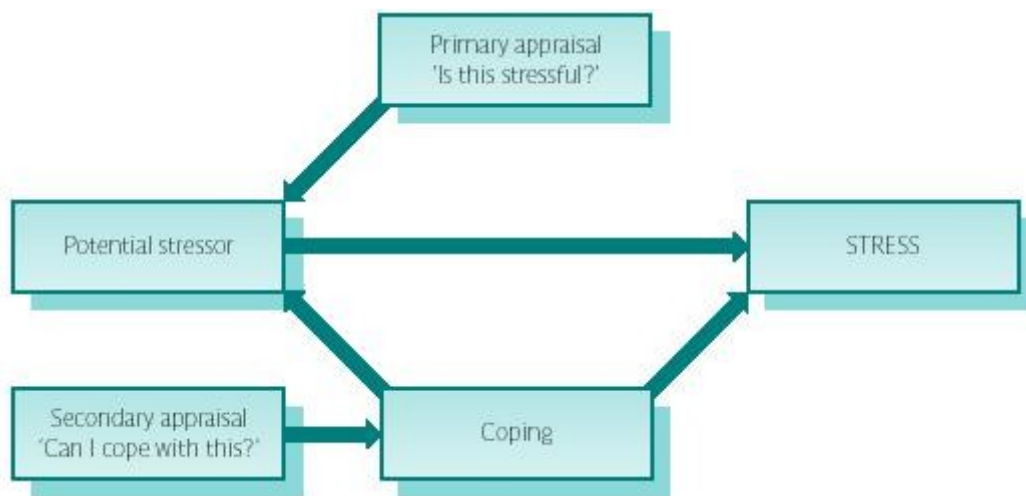


図 1 ストレスにおける評価の役割

ラザロによる評価と個人と環境との相互作用のモデルは、ストレス反応に対する

斬新な見方を示した。

ストレスは病気を引き起こすか？

ストレスがこれほど一貫して研究されてきた理由のひとつは、個人の健康に影響を及ぼす

可能性があるからである。特に、ストレスの多い仕事と高血圧や冠状動脈性心臓病との関連、生活ストレスの高さと身体症状との関連、ストレスの多い生活が風邪やインフルエンザの再発の多さと関連すること、そして、以下のような関連性があることが研究で示されている。

ストレスと死亡率の関係例えば、Phillips, Der, and Carroll (2008)は、56歳の男女968

人を対象とした縦断的研究から、ベースライン時の健康関連ライフイベントの数と

ストレス負荷によって、17年後（266人が死亡）の死亡率が予測されることを報告

している。

ストレスは直接的または間接的な経路で病気を引き起こす。直接的な経路では、

血圧の上昇、心拍数の上昇、免疫機能の低下、コルチゾールの産生など、ストレ

スに関連した生理学的変化が起こる。間接的な経路では、睡眠、食事、喫煙、運

動などの健康行動の変化が関与し、それが健康不良を引き起こす。これらの経路

を図2に示す。

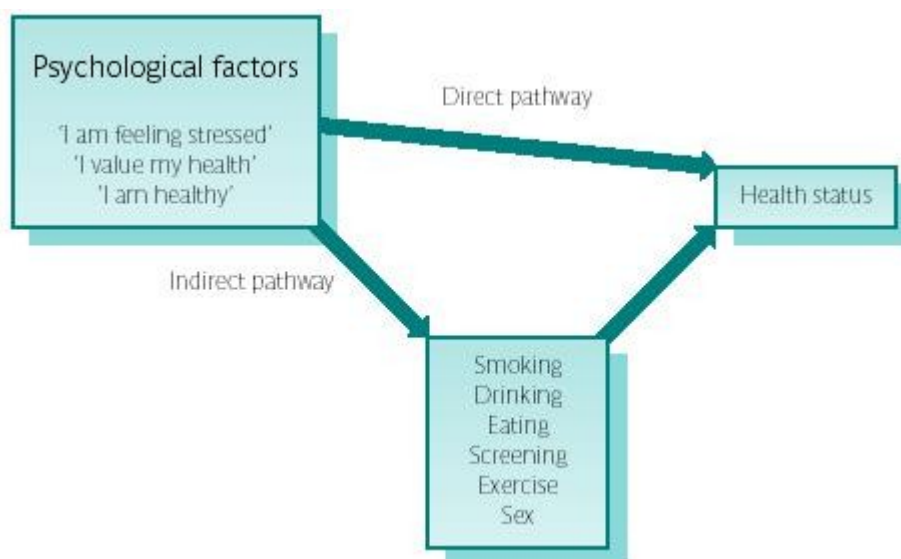


図2: ストレスが病気につながる: 直接的経路と間接的経路

ストレスと病気の関連性のモデレーター

ストレスが病気と関係していることは明らかであり、それが直接的または間接的に起こることもある。

間接的な経路では、この過程は単純な直線関係よりも複雑であり、多くの因子によって調節される。つまり、ストレス因子をストレスフルとみなすかどうかの評価に影響するのと同じように、ストレスが病気に結びつくかどうかにも心理学的要因が影響するのである。これらの心理的調節因子は、対処、社会的支援、性格、コントロールであり、図3に示されている。

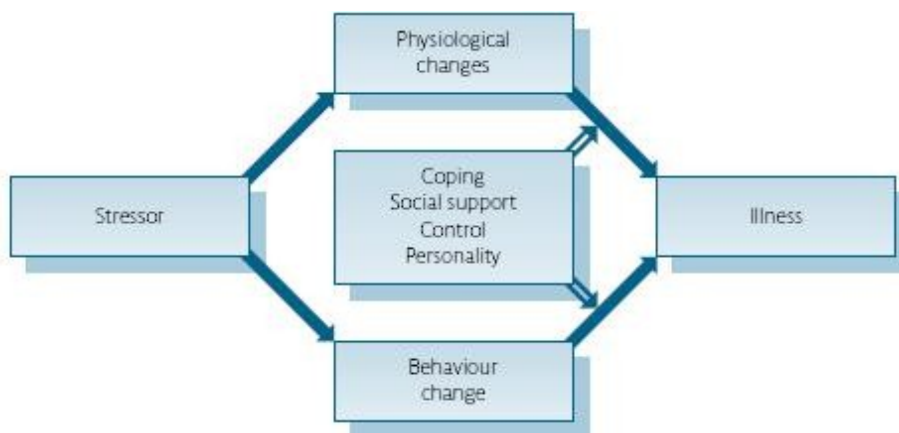


図3 ストレスと病気の関連：心理的モデレーター

対処：研究者たちは、さまざまなタイプの対処について述べている。アプローチ型対処と回避型対処を区別する人もいれば、情動焦点型対処と問題焦点型対処を説明する人もいる。

接近と回避: アプローチ型対処は、問題に直面し、情報を集め、直接的な行動を起

こす。これに対して回避的対処は、その出来事の重要性を最小化することである。

人はどちらか一方の対処を示す傾向があるが、あるタイプの問題は否定することで

対処し、別のタイプの問題は具体的な計画を立てることで対処することも可能であ

る。研究者の中には、アプローチコーピングの方が一貫して

回避的対処よりも適応的である。しかし、研究によると、対処スタイルの有効性はストレスターの性質によって異なる。

問題焦点型対処と感情焦点型対処：接近型対処と回避型対処の二分法とは対照的に

、問題焦点型対処と情動焦点型対処の次元は、対立するスタイルではなく、対処戦

略のタイプを反映している。人はストレスの多い出来事に直面すると、問題焦点型

対処と情動焦点型対処の両方を示すことがある。問題焦点型対処には、ストレス

ーからの要求を軽減するか、またはストレス者に対処するために利用できる資源

を増やすために行動を起こそうとする試みが含まれる。問題焦点型対処の例として

は、復習計画を立ててそれを守る、忙しい日の予定を決める、転職のために資格の

勉強をする、うまくいかない人間関係のためにカウンセリングを組織する、などが

ある。**情動焦点型対処**は、ストレスフルな出来事によって喚起される情動を管理し

ようとするものである。人は行動戦略と認知戦略の両方を用いて感情を調節する。

行動戦略の例としては、問題について友人に相談する、飲酒に走る、喫煙を増やす

、買い物に気を取られる、映画を見るなどがある。認知的方略の例としては、問題

の重要性を否定したり、問題を肯定的に考えようとしたりすることなどがある。

対処スタイルがストレスと病気との関連を緩和する可能性を示す研究もある。例

えば、認知症の介護をしている人や、関節炎、COPD、乾癬を患っている人にとっ

ては、さまざまな対処の仕方がより健康的であることと関連しており、対処の仕

方と頭痛の頻度との関連を示す研究もある。

しかし、ひとつの対処スタイルが常に優れているというわけではなく、さまざま

な状況に直面したさまざまな人に、さまざまな対処スタイルが適しているという

ことが、次第に明らかになってきている。

社会的支援：社会的支援もストレスと病気の関連を緩和し、他者から受けた快適

さ、思いやり、尊敬、助けの認知という観点から定義されている。

多くの研究が、出産合併症、冠動脈性心疾患、死亡率、免疫機能などの点で、社会

的支援が健康に関係していることを示している。健康状態における社会的支援の役

割と、社会的支援がストレスと病気の関連を緩和する方法を説明するために、2つ

の理論が開発されている：

1. **主効果仮説**は、社会的支援そのものが有益であり、社会的支援がないこと自

体がストレスになることを示唆している。このことは、社会的支援がストレ

スと疾病の関連を媒介し、その存在そのものがストレッサーの影響を軽減し

、その不在自体がストレッサーとして作用することを示唆している。

2. **ストレス緩衝仮説**は、社会的支援が個人のストレス対処を助け、その結果、

個人をストレッサーから緩衝することによって、ストレスと疾患の関連を媒

介することを示唆している。社会的支援はまた、潜在的なストレッサーに対

する個人の評価にも影響を及ぼす。*社会的比較理論*を用いて説明されてきた

このプロセスは、他者の存在によって、ストレスにさらされた個人が、

他者と自分を比較することによって適切な対処戦略を選択できるようになる

ことを示唆している。例えば、ある個人が離婚のようなストレスの多いライ

フイベントを経験しており、他の人々が離婚に対処している社会集団にいた

場合、他の人々の経験が適切な対処戦略を選択するのに役立つであろう。

性格： ストレスと病気の関連性の3つ目のモデレーターは性格である。初期の研究

は、過度の競争心、せっかち、敵意、旺盛な言動を反映するタイプA行動に焦点を当て、冠動脈性心臓疾患や心臓突然死との関連が指摘されてきた。より最近の研究では、「専門家であるはずの人が、自分よりダメな人に会ったことがよくある」、「誰も信用しない方が安全だ」、「自分のやり方は他人に誤解される可能性が高い」といった質問への回答を反映する敵意の影響に焦点が当てられている。このような発言に同意することは、敵意が高いことの表れである。多くの研究が敵意とCHDとの関連を示しており、研究者たちは、敵意は心臓病発症の重要な危険因子であるだけでなく、心臓発作の引き金にもなると主張している。

コントロール： ストレスと病気の関連性を媒介する可能性のある最後の要因は、コントロールである。コントロールはさまざまな心理学理論の中で研究されてきた。

1. **帰属とコントロール** 帰属理論では、因果関係の帰属という観点からコントロールを検討する。ストレッサーに適用した場合、ストレスとなる出来事の原因は、その原因が個人によって制御可能であるか否かという観点から理解されることになる。たとえば、就職に失敗した場合、コントロール可能な原因（たとえば、「面接で自分ができるほどうまくできなかった」、「もっとしっかり

準備すべきだった」）か、コントロール不可能な原因（たとえば、「自分はバカだ」、「面接官が偏見に満ちていた」）かという観点から理解することができる。

2. *自己効力感とコントロール*自己効力感とは、特定の行動を遂行する自信の

ことである。コントロールはこの概念に暗黙的に含まれている。

3. *コントロールの現実*コントロールはまた、知覚的コントロール（例：「面接の結果

をコントロールできると思う」）と現実的コントロール（例：「面接の結果をコ

ントロールできる」）に細分化される。この2つの乖離は

の要素は、錯覚的コントロールと呼ばれている（例えば、「飛行機が墜落するかどうかは、旅の間中数を数えてコントロールする」）。しかし、心理学の理論では、ほとんどのコントロールは知覚されたコントロールに関連している。

研究では、ストレスの制御可能性が、ストレスの主観的経験およびそれに伴う生理的变化の両面で、このストレスに対するストレス反応にどの程度影響するかが検討されている。このことは、ストレスが制御可能であり、予測可能であると考えられる場合、ストレス反応が減少することを示している。さらに、ストレスホルモンの分泌が減少し、身体へのダメージが軽減される。

まとめ

したがって、ストレスは、評価と心理的要因が重要な役割を果たすことを示している。特に、潜在的なストレスに対する評価がストレス反応の程度を決定する。

さらに、ストレスが病気を引き起こす程度は、対処、社会的支援、性格、コント

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

ロールなどの心理学的要因にも影響される。ストレスの生物医学的モデルでは、

ストレスはストレッサーに対する直接的な反応と考えられているが、研究では心

理学の役割が強調されている。痛みについても同様である。

痛み

痛みに関する文献は、病気になること、病気の認知、助けを求めること、そし

て急性・慢性を問わず多くの健康状態に関連している。このユニットでは、知

覚としての痛み、痛みのゲートコントロール理論、様々な心理的要因によって

痛みがどのように変化するかについて説明する。

知覚としての痛み

初期の痛みのモデルは、生物医学的な枠組みの中で、痛みを外的要因に対する自動的な反応として説明していた。痛みは、ただ個々人が感じる感覚であった。この観点から、痛みは、痛みの原因（例えば、指のやけど）と痛覚を感知する脳の領域を結ぶ直接的な経路を伴う、痛みを伴う刺激に対する反応と考えられていた。心理的な変化（「不安を感じる」）は、痛みから生じるものとして説明されたが、これらのモデルには、痛みの原因や緩和（「他のことを考えると痛みが和らぐ」）に心理学が関与する余地はなかった。しかし、20世紀を通じて、痛みを理解する上で心理学が重要な役割を果たすようになった。その背景には、いくつかの観察があった：

- 痛みに対する医学的治療（たとえば薬物や手術）は、急性の痛み（持続時間の短い痛み）に対してのみ有効であることが観察された。そのような治療法は、慢性疼痛（長期間続く痛み）にはかなり効果がなかった。このことは、単純な刺激-反応モデルには含まれていない何かが、痛みの体験に関与しているに違いないことを示唆している。
- また、組織損傷の程度が同じであっても、痛覚や痛覚反応の報告が異なることも

観察された。Beecher(1956)は第二次世界大戦中の病院において、兵士と一般市民

が疼痛緩和を求める様子を観察した。

II.彼は、兵士と民間人はしばしば同じ程度であったにもかかわらず

傷害を負ったとき、兵士は民間人よりも少ない投薬しか要求しなかった。

彼は、民間人の80%が投薬を要求したのに対し、兵士は25%しか要求しな

かったことを発見した。ビーチャーは、これは痛みの経験における傷害の

意味の役割を反映していると示唆した。兵士にとって、傷害は戦争での時

間が終わったことを示すものであり、肯定的な意味を持っていた。この意

味が痛みの経験を媒介したのである。

- 3つ目の観察は、幻肢痛である。切断者の5パーセントから10パーセント

は、欠損した手足に痛みを感じる傾向がある。その痛みは切断後に悪化

し、完治後も続くことがある。痛みがその部位で広がっているように感じ

られることもあり、しばしば、手のひらに爪が食い込んで手を握りしめ

ているようだと言われる。幻肢痛は、手足が明らかに欠損しているた

め、身体的根拠がない。また、すべての人が幻肢痛を感じるわけではあ

りませんし、感じる人も同じ程度ではありません。

こうした観察の結果、痛みは感覚ではなく、痛みのゲートコントロール理

論の基礎をなす知覚であることが明らかになった。

痛みのゲートコントロール理論（GCT）

メルザックとウォール（Melzack and Wall, 1965）は、痛みの理解に心理学を導入す

る試みとして、痛みのゲートコントロール理論を開発した。このモデルを図4に示

す。この理論では、痛みは依然として刺激-反応経路で理解できるが、この経路は

複雑で、相互作用するプロセスのネットワークによって媒介されていることが示唆

された。こうしてゲートコントロール理論は、従来の生物医学的な痛みのモデルに

心理学を統合し、生理学的な原因や介入の役割を説明するだけでなく、心理学的な

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン
原因や介入も可能にした。

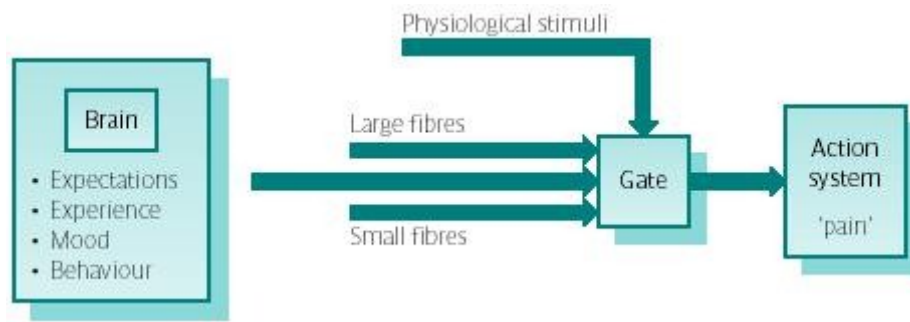


図4 痛みのゲートコントロール理論

メルザックとウォールは、脊髄レベルにはゲートが存在し、末梢神経線維（損傷部位）、個人の心理状態（注意、気分、以前の経験など）に関連する脳からの下行性中枢性影響、痛み知覚への生理学的入力の一部を構成する大小線維からの入力を受けると示唆した。彼らは、ゲートがこれらの異なる情報源からのすべての情報を統合し、出力を生成すると主張した。そして、この出力が行動系に情報を送り、その結果、痛みを知覚するのであり、痛みの程度はゲートの開閉具合に係る。メルザックとウォールは、いくつかの要因がゲートを開くと示唆した：

- 負傷や大繊維の活性化などの物理的要因
- 不安、心配、緊張、抑うつなどの感情的要因
- 痛みに集中する、退屈するなど、行動的要因

また、ゲートコントロール理論では、ある要因がゲートを閉じることを示唆している：

- 投薬や小繊維への刺激などの物理的要因
- 幸福感、楽観主義、リラックスなどの感情的要因
- 集中力、注意力散漫、他の活動への関与などの行動的要因

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

GCTは痛みの理解に心理学を導入した。近年では、学習、感情、認知、行動の役

割に焦点を当てることで、この心理学がさらに精緻化されている。

学習、感情、認知、行動とそれらが痛み体験に与える影響 学習プロセス

連想: ある場所、人、出来事と痛みとの間に学習された連想が、痛み体験を悪化させることがある。例えば、過去の経験から歯医者と痛みを結びつけている場合、歯医者に行くと痛みを強く感じるようになる。

強化: 研究により、痛みの知覚には強化の役割もあることが示唆されている。人は痛みに対して、痛みの行動（例えば、安静、しかめっ面、足を引きずる、仕事を休むなど）をとる。このような痛みの行動は、（同情、注目、休職などを通じて）肯定的に強化される可能性があり、それ自体が痛みの知覚を増大させる可能性がある（下記の「行動過程」のセクションを参照）。

感情プロセス

不安: 不安も痛みの知覚に影響を与えるようである。急性の痛みに関しては、痛みが不安を増大させ、痛みの治療が成功すると痛みが減少し、それにつれて不安も減少する。その結果、痛みのレベルはさらに低下する。したがって、急性の痛みは比較的簡単に治療できるため、不安は痛みの軽減のサイクルという点で、この痛みの知覚に関係している。慢性疼痛の場合はパターンが異なる。慢性疼痛では、痛みが

不安を増大させるが、慢性疼痛の治療はあまり効果的でないことが多いため、痛みがさらに不安を増大させ、それがさらに痛みを増大させる。不安と慢性疼痛の関係から見ると、痛みが増すというサイクルがある。

うつ病：うつ病や全般的な気分の落ち込みも、痛みの知覚を強めることがある。こ

れは、痛みに対する注意力が増すためかもしれない（下記の認知過程を参照）。

認知プロセス

注意散漫：痛みを処理するには、ある程度の認知的努力が必要である。誰かと話したり、音楽を聴いたり、仕事をしたり、体を動かしたりして気が散っていれば、痛みに集中できる認知能力は少なくなる。そのため、気をそらすと痛みが軽減する。

しかし、痛みに集中すると、痛みの経験を処理するために利用できる認知能力が増えるため、痛みが悪化する。

意味ビーチャー(1956)は、兵士と民間人の投薬要求に関する研究の中で、痛みの知覚の違いは、個人にとっての痛みの意味に関係していると主張した。ビーチャーの研究では、兵士は負傷によって軍での任務から解放されるため、痛みから利益を得ていたのに対し、一般市民は恐怖に怯え、利益を見出すことができなかった。そのため、兵士は、身体的な負傷が同じようなものであっても、民間人よりも少ない鎮痛剤しか要求しなかった。これは二次的利益という言葉で表現され、痛みが個人にとってプラスの報酬になる可能性があるということである。

行動プロセス

痛みの行動：痛みにどのように反応するかによって、痛みに対する知覚が強まったり

り弱まったりする。特に、痛みに反応する行動として、顔の表情や声の表情（歯を

食いしばる、うめき声をあげるなど）、歪んだ姿勢や動き（足を引きずる、痛む部

位をかばうなど）、否定的な感情（イライラする、落ち込むなど）、活動の回避（

仕事に行かない、横にならないなど）が研究されている。痛みの行動は、注目され

たり、認められたり、仕事に行かなくてすむなどの二次的な利益によって強化され

ることが示唆されている。痛みの行動を積極的に強化することで、痛みの認知が高

まる可能性がある。疼痛行動はまた、活動性の欠如、筋肉の衰え、社会的接触の欠

如、気晴らしの欠如を引き起こし、病人としての役割の採用につながり、これもま

た疼痛知覚を増大させる可能性がある。

したがって、痛みは、学習、感情、認知、行動のプロセスに影響される知覚とみなすことができる。痛みの知覚に心理学が関与しているのであれば、痛みの治療にも心理学が関与している可能性があることが研究で示されている。

痛みの治療

痛みの治療には、心理学的要因と生理学的要因の相互作用を反映した方法がいくつかある：

- バイオフィードバックは、個人の身体機能を自発的にコントロールできるようにするために用いられてきた。この技術は、不安や緊張を和らげ、痛みを軽減することを目的としている。
- リラクゼーション法も用いられる。これらは不安やストレスを軽減し、結果として痛みを軽減することを目的としている。
- 強化は痛覚の亢進に関係する。そのため、痛みを軽減させるために、疼痛治療にも用いることができる。疼痛治療のある側面では、疼痛を軽減する手段としてコンプライアンスを強化し、痛みを避けるような歩き方や立ち方をし

ないなどの疼痛行動を抑制することを目的としている。そうすることで、通常の仕事から解放されたり、ベッドに寝たきりになったりして、かえって痛みが悪化するような二次的な利益を避けることが期待される。

- 痛みの治療に対する *認知的アプローチ* には、注意転換（痛みに集中しないように促す）やイメージ（前向きで楽しい考えを持つように促す）といった要素が含まれる。これらの要素はどちらも痛みを減少させるようである。
。
- *催眠* は痛みを軽減することも示されている。しかし、これが単にリラックス、不安軽減、注意転換の効果であるかどうかは不明である。

終わりに

ストレスと痛みは、健康から病気への連続体の一部であり、病気になる過程における心理学的要因の重要な役割を示している。ストレスはストレッサーに対する反応以上のものであり、ストレスのトランザクショナルモデルに沿って、評価の役割を示している。ストレスは、直接的経路 (生理的变化を介して) または間接的経路 (行動変化を介して) のいずれかを介して病気を引き起こす可能性があります。ストレスが疾病に及ぼす影響は、対処、社会的支援、性格、コントロールによって調整されるため、心理学的因子のさらなる役割を示している。同様に、痛みも知覚であり、痛みの体験は心理的要因に影響される。このことは、ゲートコントロール理論によって初めて説明されたが、最近では、学習、認知、感情、行動が痛みの知覚に与える影響という観点から理解されている。ストレスと痛みの両方における心理学のこのような役割は、心理学的介入を用いたストレス軽減や疼痛管理にとって明確な意味を持つ。

質問

1. ストレッサーがストレスフルと評価されるかどうかは、どのような要因に影響されるのか？

2. ストレスが病気を引き起こす可能性は？
3. ストレスと病気の関連性を緩和する要因とは
4. 痛みは知覚なのか？
5. なぜゲートコントロール理論は痛みに対する新しいアプローチだったのか？
6. どのような心理的要因が痛みの程度に影響するのか？

ユニット6肥満、冠動脈性心疾患（CHD）、がんなどの慢性疾患における心理学の役割。

概要

これまでこのコースでは、健康と病気の心理学を支える4つの重要な理論的枠組み、すなわち、生物心理社会モデル、連続体としての健康と病気、心理学と健康の間の直接的・間接的な経路、そして変動性への焦点を探究してきた。次に、食事、運動、喫煙、安全な性行為などの健康行動の役割を説明し、個人の信念やモデルを用いて、これらがどのように予測され、理解されうるかを説明した。そして、多くの心理学理論に基づいた戦略を用いて、どのように行動を変えることができるかを探った。次に、病気に対する信念の役割を強調し、それが個人の病気体験、助けを求めるかどうか、医療相談の体験にどのような影響を与えるかを説明した。次に、ストレスと痛みに焦点を当てた病気の経験について説明し、これらの問題の両方が、評価と意味づけに重要な役割を果たし、心理学的要因が健康転帰に与える影響を強調した。これまで述べてきたこれらの要因はすべて、肥満、冠動脈性心臓病、がんなど、すべての慢性疾患の経験に関連している。これがこのユニットの焦点であ

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン
る。

肥満

このユニットでは、肥満とは何か、その結果、原因、治療の観点から肥満について説明する。これらの異なる側面から、この慢性疾患のあらゆる段階における心理的要因の役割を説明する。

肥満とは何か？

肥満は、BMI（Body Mass Index：体重（kg）／身長（m）²）を用いて定義される²のが一般的である。

このアプローチでは、成人について以下の定義を用いる：BMI 18.5

24.9；過体重：BMI25～29.9、肥満：BMI30以上。世界保健機関（WHO）の

推計によると、全世界で15億人の成人が太りすぎ、4億人が肥満である。肥満率が

最も高いのはチュニジア、アメリカ、サウジアラビア、カナダで、最も低いのは

中国、マリ、日本、スウェーデン、ブラジルである。世界の太りすぎの子供の有

病率は、過去20年間に以下の国々で2倍または3倍に増加している：オーストラリ

ア、ブラジル、カナダ、チリ、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、日

本、英国、米国である。2010年の世界全体では、5歳未満の太りすぎの子どもの数

は4,200万人以上と推定され、そのうち3,500万人近くが発展途上国に住んでいる。

結果

子どもにとって、肥満であることの最も直接的な影響は心理的なもので、自尊心の

低下、不安、気分の低下、全般的な自信の欠如を経験する可能性があり、痩せてい

る子どもよりもいじめられやすく、成績不振や不登校につながる可能性がある。同

様に、肥満の成人はうつ病、不安、自尊心の低さ、身体への不満に悩まされる可能

性が高い。身体的な問題では、小児期の肥満は小児喘息や2型糖尿病と関連している

。成人では、肥満は明らかに心血管疾患、心臓発作、糖尿病、関節外傷、腰痛、多

くの種類の癌、高血圧、脳卒中、寿命の短縮と関連している。

原因

肥満の原因を説明するには、遺伝、環境、行動の3つのアプローチがある。

i) 遺伝学

体格の良し悪しは家系に関係するようで、子供が太り過ぎになる確率は両親の体重に関係している。例えば、肥満の親が1人いれば肥満の子供が生まれる確率は40%、肥満の親が2人いれば80%となる。

しかし、親子は環境と遺伝の両方を共有しているため、この類似性はどちらかの要因によるものかもしれない。この問題を解決するために、双子や養子について研究が行われてきた。一般的に研究者は、体重と体脂肪が蓄積される場所（上半身と下半身）の両方に遺伝の役割があり、母親の体重は父親のそれよりも子供の体重を予測しやすく、BMIが大きくなるほど遺伝の役割は小さくなると考えている。しかし、過去30年間に肥満が劇的に増加したこと、ある国から次の国へ移住する際に体重が変化する理由、生物学的家族内よりも仲間内の方が体重が似ている理由などは、遺伝学では説明できない。

ii) 肥満環境

肥満の増加を説明するために、研究者たちは「肥満誘発環境」に注目してきた。

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

例えば、食品広告、安価な調理済み食品、テイクアウトなどの食品産業は、食品の買い物や調理を控えさせ、外食や間食を奨励している。また、肉体労働が減り、車やコンピューター、テレビの使用が増えたことで、人々は職場でも家庭でも座りっぱなしになる。このような肥満環境は、太りやすく、やせ続けるには努力が必要な世界を作り出している。しかし、肥満の原因となっている

このことは、食行動と身体活動という2つの重要な行動の役割を浮き彫りにしている。

iii) 個人行動 食行動

食行動とは、個人の信念、幼少期からの学習、そして体重を気にするきっかけとなる食べ物や体重にまつわる意味の産物である。これらの要因については、ユニット2で考察した。肥満に関しては、文献は特に感情的な食事と無頓着な食事の役割を強調しており、食行動がいかに学習、感情、私たちの住む世界の結果であることを示している。

感情的摂食：多くの研究が、人はしばしば情動に反応して食事をし、情動調節のために食物を利用することを示している。このアプローチは、人は感情的欲求を満たすために食物を利用すると主張する食の心身症モデルに由来するもので、大多数の人の食行動において、退屈、苦痛、不安などの感情が果たす役割が研究で示されており、これが肥満と関連している可能性がある。

残念なことに、感情をコントロールするために食べることは、ほとんどの場合、

短期的にしか機能しない。なぜなら、食べた後は一時的に気分がよくなるかもしれないが、すぐに罪悪感や自己嫌悪、自尊心の低下を感じ、それがさらに食べる原因となるからだ。

無意識の摂食：食行動の多くは、食べ物の視覚や嗅覚、分量の増加、単純な入手可能性など、外部からの合図によって引き起こされる。これは「マインドレス・イーティング」または「外的摂食」と呼ばれ、社交的な食事、音楽を聴きながら、コンピューターゲームをしながら、外出先で、テレビを見ながらなど、さまざまな場面で見られる。これは、時間とともに体重を増加させ、肥満の原因となる。

身体活動

研究でも、肥満における身体活動の重要な役割が示されており、活動的であることが体重増加を防ぐ一方で、不活発なライフスタイルは体重増加や肥満の原因となる。また、肥満の人はそうでない人に比べて日常的に歩く量が少なく、平日も週末も座っていることが多く、階段を使ったりエスカレーターを上ったりすることが少ないという調査結果もある。運動をするかどうかは、信念や環境によって予測できる。研究によると、人々が運動をするのは、楽しいから、社会的接触のため、健康であろうとする自己効力感が高いから、公園やサイクリングロード、運動施設にアクセスしやすいから、日常生活に溶け込みやすいから、などである。

したがって、肥満は遺伝、環境、心理的要因の組み合わせによって引き起こされる。これは、生物心理社会モデルと慢性疾患を理解するための統合的アプローチに合致する。また、健康から病気への連続体の始まりにおける心理学の役割も示している。

治療

現在、肥満の治療には、行動修正、薬物療法、手術の3つの主要な方法がある。こ

れらはすべて心理的要因の役割を示している。

行動の修正：減量には食行動と身体活動の変化が必要である。認知的再構築、セル

フモニタリング、強化、仲間からのプレッシャーなど、さまざまな行動変容戦略を

用いた行動変容を目標とする行動介入は、1年後までに平均2.46kgの体重減少をもた

らすことが研究で示されている。

(NICE, 2013) 。しかし、ほとんどの研究では、5年後までに体重が戻ってしまう人が大多数（最大95%）であることが示されている（Foresight, 2007） 。多くの介入には運動も含まれるが、これは体重に関係なく健康に良い影響を与える。ダイエットに運動を加えても、体重減少にはわずかな影響しかない。しかし、身体活動の増加は、長期的な体重減少の維持に大きな影響を与えることが研究で示されている。

薬物療法肥満治療薬は、BMIが30以上の患者のみが合法的に使用できる。食事療法や運動療法と併用される抗肥満薬には、食欲抑制薬と脂肪吸収抑制薬の2つのグループがある。食欲抑制剤の有効性についてはいくつかのエビデンスがあるが、吐き気、口渇、便秘などの副作用がある。現在のところ、食欲抑制剤はその副作用のため、多くの国で合法的に入手することはできない。脂肪の吸収を抑える薬は、肥満の人に体重減少をもたらすが、トイレに行きたくなったり、肛門から尿が漏れたりといった不快な副作用を伴う。薬物療法には心理学的な役割もある。というのも、このような不快な副作用は、脂肪を含む食事と体外に排出される脂肪との間に関連性を見出すよう促すからである。その結果、病識が変化し、食行動の変化につながることもある。

手術：肥満治療の最終的なアプローチは手術であり、手術は減量と体重維持の両方

に有効であり、心臓病の危険因子の減少をもたらすというエビデンスが示されている。手術は心理的要因の役割も強調する。例えば、手術後の患者の多くは、幸福感の改善、空腹感の減少、食事へのとらわれの減少、QOLの向上、自己管理能力の向上などを報告している。しかし、一部の患者には、長期にわたる体重の戻りの問題が残っており、少数派では、暴飲暴食、過食、余分な皮膚による身体への不満などの問題が報告されている。

まとめ

過去30年の間に、大人も子供も肥満の人が激増し、心理的、身体的な健康問題を引き起こす可能性がある。肥満は遺伝、肥満の原因となる環境、そして食事と運動という2つの重要な行動の産物である。治療に関しては、最も一般的なアプローチは食事療法と運動療法であるが、現在では多くの成人が薬物療法や手術に頼っている。肥満症は、発症から治療、健康転帰に至るまで、心理学の役割を強調している。

冠動脈性心疾患（CHD）

CHDは、様々な心理的要因が強く関与する慢性疾患のもう一つの例である。このセクションでは、冠動脈性心疾患とは何か、CHDの危険因子と患者の健康転帰の予測因子について検討する。

CHDとは？

冠動脈疾患（CHD）とは、冠動脈が正常に機能しなくなる心臓の病気を指す。最も重要な病気は狭心症、急性心筋梗塞（心臓発作）、心臓突然死である。これらのCHDはすべて、血液の流れを妨げる脂肪の沈着による動脈の狭窄を伴うアテローム

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン
性動脈硬化症によって引き起こされる。

CHDの危険因子

CHDの危険因子としては、学歴、社会的流動性、社会階級、年齢、性別、ストレス反応性、家族歴、民族性、喫煙、食事、肥満、座りがちな生活習慣、仕事上のストレスの感じ方、性格など多くのものが同定されている。修正可能な主な危険因子は以下の通りである。

は以下の通りであり、以前のユニットで説明した通りである：

喫煙。CHDによる死亡の4人に1人は喫煙が原因と考えられている。1日20本以上喫煙すると、中年期のCHDリスクは3倍に増加する。また、すでに心臓発作を起こした人が禁煙すると、次の心臓発作のリスクは半減する。

食事。食事、特にコレステロール値もCHDに関係している。コレステロール値が最も高い20%の集団は、最も低い20%の集団に比べて心臓病で死亡する確率が3倍高いことが示唆されている。

高血圧。高血圧もCHDの危険因子であり、血圧が高いほどリスクは高くなる。集団の平均血圧が10mmHg下がると、心臓病に起因する死亡率が30%減少する可能性が示唆されている。血圧は遺伝、肥満、アルコール摂取量、塩分摂取量など多くの要因に関係しているようだ。

A型行動と敵意タイプA行動とそれに関連する特徴である敵意は、おそらくCHDの危険因子として最も広く研究されているものである。

ストレス。ストレスもまたCHDの予測因子として広く研究されており、ストレスとCHD、ライフイベントとCHD、仕事のストレスとCHDの関連性が研究で示されている。すでにCHDと診断されている人のストレスを軽減するために、ストレスマネ

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン
ジメントが行われている。

したがって、CHDは多くの修正可能な因子によって引き起こされる。これらはしばしば個人の信念や行動（ユニット2）と関連しており、多くの行動変容戦略（ユニット3）を用いて変えることができる。

患者の健康状態の予測

研究はまた、患者の健康状態の予測における心理的要因の役割についても探求している。

QOLと死亡率に焦点を当てたCHD後の転帰。

クオリティ・オブ・ライフの予測

CHD患者におけるQOLの予測因子を探る研究では、コントロールの認知、抑

うつ、社会的支援、病気に対する信念に焦点が当てられてきた。

コントロールの認知：研究では、ベースラインのコントロール知覚レベルと脳卒中

からの機能回復レベルには一貫した関連があることが示されている。

うつ病：心臓発作後の抑うつ状態はよくみられる。多くの患者にとって抑うつ症

状のレベルは時間の経過とともに軽減するが、ベースライン時の抑うつ状態と4

ヵ月後までの健康関連のQOLとの関連を示す研究がある。

社会的支援：研究でも、心臓発作後の患者のQOLを予測する上で社会的支援の役割

が示されているが、実際の支援よりもむしろ認知された支援の方が重要である。し

かし、すべての社会的支援が肯定的であるとは限らず、「過剰な保護」は時間の経

過とともに身体機能の低下を招く可能性がある。

病気に対する信念：研究では、心臓発作からの回復や、職場復帰や一般的な社会

的・職業的機能で測定されるQOLを予測する上で、病気に対する信念が果たす役

割も示されている。

死亡率の予測

CHD患者の生存率や死亡率の予測因子についても研究が進められている。コレステロール値、血圧、心臓発作の既往、長期の健康歴、多くの生物学的マーカーなど多くの生物学的予測因子がある。しかし、その結果は、健康関連行動やうつ病などの心理的要因の役割も示している。

健康行動： 研究によると、CHD発症を予測する行動は死亡率も予測する。さらに、健康に関連する行動と関連する他の健康状態もCHD死亡率を予測する。例えば、大規模コホート研究やシステマティックレビューによると、心臓発作や脳卒中後の死亡率は喫煙、肥満、糖尿病によって予測される。

抑うつ： 研究によると、心臓発作や脳卒中後の抑うつ状態は一般的であり、その後のQOLに関係する。しかし、うつ病は死亡率を予測するという研究結果もある。

まとめ

CHDは一般的な死因であり、発症の危険因子、QOLと死亡率の予測因子という点で、病気における心理学の役割を示している。

癌

がんもまた、心理学の明確な役割を示す慢性疾患のひとつである。このセクションでは、がんとは何かを検討し、がんの発生と促進、がんの症状への対処という観点から、がんを理解する上での心理学の役割を評価する。

癌とは何か？

がんとは、異常な細胞が無秩序に増殖し、新生物と呼ばれる腫瘍ができるものと定義さ

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

れる。腫瘍には、全身に広がらない**良性腫瘍**と、転移（腫瘍から細胞が離れて他の場所に移動する過程）を示す**悪性腫瘍**の2種類がある。がん細胞には3つのタイプがある：全がん細胞の90%を占め、組織細胞から発生する**がん腫**、**肉腫**。

白血病は血液から発生する。

がんの発症と促進における心理的要因

心理学は、以下のようにがんの発生と促進に関与している：**行動要因**。全がんの最

大75%は喫煙、不摂生な食事、アルコール、性行動などの行動と関連しており、こ

れらの行動は個人の健康信念を調べることで予測することができ、行動変容介入を

用いて修正することができる（ユニット2および3を参照）。さらに、助けを求める

行動や症状認知はすべて早期発見に影響し、健康転帰に影響を及ぼす可能性がある

（ユニット4を参照）。

ストレス。ストレスもまた、特にストレス因子が制御不能と認識される場合に、が

んに関与することが示されている（ユニット5を参照のこと）。これは直接的な経

路（すなわち、生理機能の変化）または間接的な経路（すなわち、行動の変化）を

介する可能性がある。

コントロール。コントロールもまた、がんの発症と促進に関与しているようで、ス

トレス要因や環境要因に対するコントロールの欠如が、がんの発症の増加に関係

している可能性が論じられている。

対処スタイル。対処スタイルも重要である。個人がストレスにさらされている場

合、そのストレスに対処するために用いる方法が、がんの発症に関係している可能性がある。例えば、喫煙やアルコールなどの不適応で離脱的な対処法は、がんの増加に関係している可能性がある。

うつ病。臨床的うつ病ではないが、慢性的な軽度のうつ病ががんに関連している可能性があるという証拠がいくつかある。これもまた、行動の変化によるものかもしれない。

ハードネスKobasaら（1982）は、「ハードネス」と呼ばれる対処スタイルについて述べており、これには3つの要素、すなわち、コントロール、コミットメント、チャレンジがある。コントロールの感情は、ストレスに直面して無力感を示す傾向の反対である。コミットメントは疎外感の反対と定義され、コミットメントの高い人は自分の仕事や価値観に意味を見出す、

と個人的な人間関係。チャレンジ精神が旺盛な人は、ストレスとなる可能性のある出来事を、成功が期待できる挑戦としてとらえる。頑健さは癌の発症を防ぐかもしれない。

心理学と症状の緩和

心理学はまた、がんやその治療による症状を緩和し、QOLを促進する役割も担っている。がん患者は、がんそのものと受ける治療の両方の結果として、痛み、呼吸困難、嘔吐、不眠、腸や膀胱のコントロール不能、食欲不振、精神的混乱などを経験することがある。

そのため、心理社会的介入は、がん患者の症状を和らげ、QOLを改善するために行われてきた：

疼痛管理心理学の主な役割のひとつは疼痛管理であり、これはリラクゼーション、バイオフィードバック、ポジティブイメージ、気晴らし、催眠術など、さまざまな疼痛管理技術によって行われてきた（ユニット5参照）。

社会的支援介入。社会的支援介入は支援グループの提供によっても行われており、このグループはコントロールと有意義な活動を重視し、否認を減らし希望を促

進することを目的としている。この介入は長寿には効果がないかもしれないが、

がん患者の人生の有意義さを改善する可能性が示唆されている。

吐き気と嘔吐の治療心理学は、がん患者が経験する吐き気や嘔吐の治療にも関わっ

ている。がん患者はがんの治療として化学療法を受けることが多いが、これは予期

性の吐き気や嘔吐、不安を引き起こすことがある。

応答条件づけや視覚イメージ、リラクゼーション、催眠、脱感作が、がん患

者の吐き気や不安を減少させることが示されている。

身体イメージのカウンセリングがん患者のQOLは、特に乳房喪失後や、より一般的には身体の様々な部位を失った悲しみに対処する際に、身体イメージ・カウンセリングによって改善されることもある。

認知的適応戦略。また、認知的適応戦略を用いることで、患者の自己価値、他者との親密な関係、生活の意義が改善され、QOLが向上する可能性も示唆されている。

恐怖心の軽減：患者の多くは、がんが再発するのではないかという永続的な恐怖を経験し、それが患者の適応や将来に対する計画を立てる能力に影響を及ぼすことがある。いくつかの介入は、恐怖、不適切な確認行動、がんに関する信念を対象とし、レヴェンタールの自己調節モデル（ユニット4を参照のこと）に基づいている。

概要

したがって、がんは生命を脅かす慢性疾患であり、その発症や、がんの症状や治療の副作用に対処する方法という点で、心理学の役割が強調されている。

終わりに

このユニットでは、肥満、CHD、がんに焦点を当て、病気を誘発・促進する要因、

人々が病気を経験する方法、症状の経験、QOLと長寿を促進する要因という観点から

、慢性疾患における心理学の役割を説明した。しかし、これらの要因は、HIV/AIDS

、糖尿病、関節炎、多発性硬化症、喘息など、他のすべての慢性疾患にも関連してお

り、同様に健康から病気への連続体に沿って心理学の役割がある。

さらに、こうした心理的問題の多くは、より急性的な病気にも関連している

咳、風邪、インフルエンザ、感染症など、すべての健康問題には原因、症状、結果があり、そのすべてに心理的要素があるからだ。

質問

1. 慢性疾患の発症における心理学の役割について述べなさい。
2. 慢性疾患の経験に心理的要因はどのように関係しているのか？
3. 心理的要因は症状の経験にどの程度関係しているのか？
4. 心理学は慢性疾患の進行に影響するか？
5. 慢性疾患の転帰における心理学の役割について説明できる。

ユニット 7: ジェンダー、健康、病気

概要

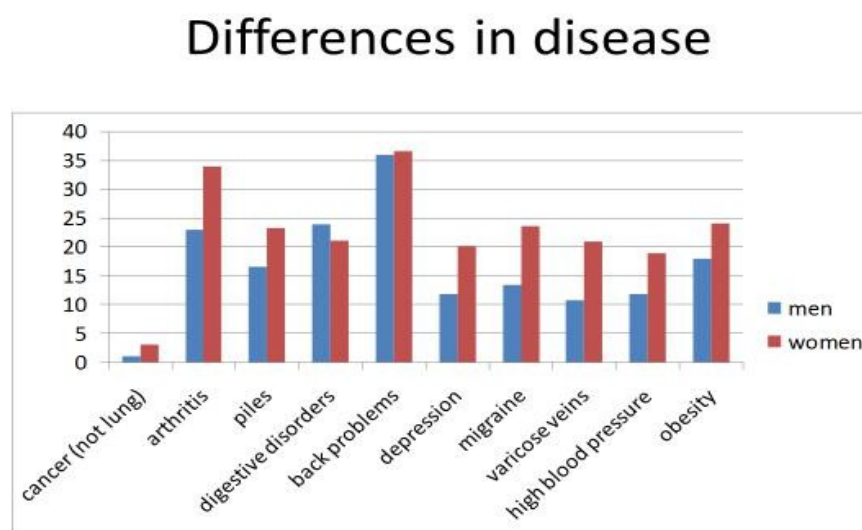
研究により、健康と病気におけるジェンダーの役割は明らかであり、様々な健康問題において女性と男性の違いは明らかである。このユニットでは、病気や身体症状という観点から、ジェンダーが健康に与える影響を探る。そして、生物学、健康行動、危険行動、助けを求める行動、社会規範、対処メカニズムに焦点を当てながら、このような違いの原因と考えられる理由を探っていきます。

病気の性差

研究によれば、病気にはいくつかの性差がある。特に、女性は男性よりも肥満になりやすく、関節炎、痔、腰痛、うつ病、偏頭痛、静脈瘤、高血圧と診断されやすい。一方、男性は肺がん、HIV/AIDS、消化器系疾患と診断されやすい。また、女性は男性よりも長生きする傾向があるが、近年、男女間の差は徐々に縮まってきていることも分かっている。また、糖尿病、ヘルニア、てんかん、呼吸器疾患、喘息、CHDに男女差はないという調査結果もある。これらの調査結果を図1に

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン
示す。

図1: 疾病の男女差



身体症状の男女差

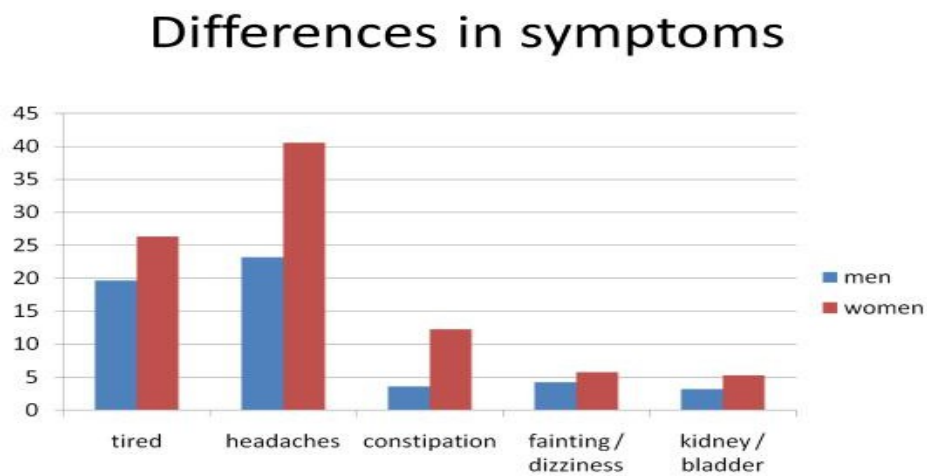
また、身体的な症状に関する男女差も調査されており、疲労感、頭痛、便秘、失神

やめまい、腎臓や膀胱の問題などは女性の方が多いことが明らかになっている。し

かし、目の問題、耳の問題、風邪やインフルエンザ、カタル、咳、動悸には男女差

はない。これらの違いを図2に示す。

図2: 身体症状の男女差



世界的には、以下のような性差が示されている:

- 世界の女性は男性より3年長生き
- これは地域によって異なる
- 東欧では、女性は男性より平均11年長生きする
- 英国では女性の平均寿命は男性より4年長い。アメリカでは6年長い。
- オーストラリアでは、先住民男性の平均寿命は非先住民女性より23年短く、非先住民男性より19年短い。
- 東欧では女性の平均寿命が男性より11年長い
- アフガニスタンでは、男性は女性より平均1年長生きする
- 男女ともに罹患する最も一般的な10種類のがんは、男性が発症し死亡する

確率が2倍高い。

- 冠動脈性心疾患は男女ともに主要な死因であるが、男性の方が女性

よりも若くして死亡する。

- 米国で65歳未満で心臓発作で死亡する人のうち、75%近くが男性である。

したがって、男性と女性では死亡率が異なり、具体的な病気や身体症状も異なる。

一般的に、女性は男性よりも多くの症状や病気にかかるが、長生きするようだ。興

味深いことに、男性は若くして亡くなるが、医療サービスとの接触が少なく、過去

12ヵ月間に一般医を受診した回数が少なく、入院回数が少なく、スクリーニング検

査や一般的な健康チェックを受ける機会が少ない。しかし、うつ病と診断される確

率は女性の方が高いが、自殺で死亡する確率は男性の方が女性より約4倍高い。こ

のような男女差には、生物学的要因、健康行動、リスク行動、助けを求める行動、

社会規範、対処メカニズムなど、いくつかの理由が考えられる。

これらについて、これから探っていく。

生物学的要因

性差は、脂質プロファイルを改善し、心血管疾患から身を守ることができるエストロゲン

などの生物学的要因の役割や、女性の赤ちゃんに比べて男性の赤ちゃんの新生児死亡率が

高いことに示される女性の一般的な頑健性という観点から理解されてきた。さらに進化論

的に言えば、女性は出産を乗り切るために男性よりも強くなければならないかもしれない

し、過去には妊産婦死亡率が女性の寿命を縮めたが、現在では分娩中に死亡するリスクは

大幅に減少している。しかし、男女の平均寿命の差は時代とともに変化しているだけでな

く、地理的な場所によっても大きな差が見られることから、こうした生物学的な差が全

体像であるとは言えない。

健康行動の役割

ユニット2では、健康における行動の役割と、喫煙、食事、運動、より安全な性行為などの健康行動が、健康信念によってどのように予測されるかを探った。この研究は、健康と病気に見られる男女差は、健康行動における男女差に関係している可能性があることを示している。特に、多くの研究が、女性よりも男性の方が不健康な行動をとりやすいことを示している。例えば、男性は女性に比べて肉、脂肪、塩分を多く摂り、食物繊維、果物、野菜をあまり摂らない。また、男性は女性に比べて生活習慣を変えようという意欲が乏しく、高齢の男性の多くは、生活習慣を変えるには「遅すぎる」と考えている。さらに、離婚や未亡人になると、男性は女性よりも食生活が悪化し、アルコールや薬物の使用が増える。実際、健康関連の行動で男性が一貫して女性より多く行っているのは身体活動だけである。

リスクを取る行動

一般的な健康関連行動に加え、男性はよりリスクの高い行動をとる。例えば、喫煙、飲酒、薬物摂取の傾向が女性より強いだけでなく、これらの行動を過剰に行う可

能性も高い。また、男性は女性よりも性的パートナーが多く、ラグビー、スノーボード、スカイダイビング、バンジージャンプ、ラリー運転など、リスクの高いスポーツやレジャーに参加する傾向が強い。これらの危険な行動は、男性の事故による怪我や死亡率の高さに反映されている。

助けを求める行動

健康であること、そして健康でいることの核となる要素のひとつは、4で述べたヘルスケアサービスの適切な利用である。しかし、調査によると、一般的に男性は女性よりも医療サービスの利用が少なく、助けを求めたり症状を特定したりするのが遅れている。また、スクリーニング検査や一般的な健康チェックを受ける機会も少ない。ユニット4では、助けを求める行動を説明するのに役立つ一連の心理的プロセス、すなわち症状の認知、病気の認知、医者に行くことの費用と便益の認知について説明したが、これらは男性が女性より医療を利用しない理由を説明するのに使えるだろう。もし男性が病気が進行するまで医療を受けずにいるとすれば、そのような要因が助けを求める行動の遅れを引き起こし、平均余命や死亡原因における男女差の一因となる可能性がある。

では、なぜ男性は健康を害するような行動をとるのだろうか？ 研究では、次のような要因の役割が強調されている。

健康信念

ユニット2では、健康に関する信念が、喫煙、食事、運動、飲酒などの健康行動を

予測する方法について説明した。研究によると、男女は自分の健康について異なる

信念を持っている可能性があり、それが行動に影響している。

リスク認知：一般的に、男性は女性に比べて病気や怪我のリスクを過小評価し、

喫煙、薬物やアルコールの使用、日焼けによる皮膚癌、危険なセックスによる

HIVのリスクは低いと考えているようだ。また、男性は危険な運転のリスクを女

性より低く評価する。

知覚されたコントロール：いくつかの研究によると、男性は女性よりも自分

の健康をコントロールする力が弱いと考えている可能性がある。

自覚的健康状態：男性は女性より若く亡くなり、病気の初期段階で助けを求める

傾向があるが、調査によると、男性は主観的健康状態を女性より高く評価している（ユニット8参照）。

それゆえ、男性は女性よりも健康的でない行動をとり、ひいては寿命が短

くなる一因となりうる健康信念のプロフィールを示している。

社会規範

それぞれの社会には、人々の行動様式に関わる男性らしさ、女性らしさという社

会規範がある。現代社会では、健康への関心はしばしば女性的な特徴とみなされ

る一方で、「男性は生まれつき強く、病気に強く、痛みや身体的苦痛に無反応で

、些細な症状には無関心である」と位置づけられている（Lee and Owens, 2002）

。さらに、社会は男性が「女性ではない」ことを定義するために、ステレオタイ

プ的な男性の行動に従事することを奨励し、その方法はしばしば不健康な行動を

伴う。したがって、男性らしさという社会規範は、究極的には健康と長寿に有害な信念と行動を奨励する男性であることのバージョンを促進する。対照的に、女性らしさの社会的規範はセルフケアを奨励する。その結果、男性は不健康で危険な行動をとり、助けを求めないようになるのに対し、女性はより健康的な行動をとり、不調を感じたら助けを求めるようになる。

対処メカニズム

現在の男らしさに関する社会規範の中心的な要素のひとつは、女性がより感情的な方法で対処することが許されているのに対して、男性が動揺を感じたときに感情を共有したり助けを求めたりしないことに焦点が当てられていることである。このような感情表現のレベルの低下は、健康や行動に影響を及ぼす。特に、男性は自分の問題について話すよりも、健康を害する不健康な行動を含む回避的対処戦略を用いる傾向が強いかもしれない。さらに、抑圧的対処や否認も、外的ストレスターに対するストレス反応を増大させることによって、健康を害する可能性がある。感情表現の面で例外となるのは怒りで、男性の方が女性よりも怒りや敵意を表現することが研究で示されている。しかし、これらの否定的な感情の表現は、心血管疾患と関連している可能性がある。しかし、この分野の研究は必ずしも一貫しておらず、男女が必ずしもこのような固定観念が予測するような行動をとるとは限りません。

終わりに

身体的な病気や症状には一貫した性差があることが研究によって示されている。しかし、女性は男性よりも多くの症状や病気を経験しているにもかかわらず、長生きする傾向があるなど、データは必ずしも単純ではない。このような違いには

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

、生物学、健康行動、助けを求める行動、健康信念、社会規範、対処など、いく

つかの説明の可能性がある。これらの要因はすべて、健康と病気における心理学

の役割を示しており、男女は生物学的に異なるが、心理学的要因も健康に重要な

役割を果たしていることを示している。

質問

1. 病気と症状の性差について説明する
2. 病気や症状によって性差があるものとないものがあるのはなぜかを考える
3. 性差を説明する上での行動の役割について説明する。
4. 信念は健康や病気における性差にどのような影響を及ぼすのだろうか？
5. 健康や病気における性差は、社会規範によってどの程度説明できるか？

ユニット 8.健康アウトカムと生活の質（QoL）の概要

健康アウトカムを測定できることは、いくつかの理由から重要である。主に、健康アウトカムはあらゆる介入の有効性を示すことができる：効果はあったのか？人々はどう感じたか？害はなかったか？さらに、健康アウトカムは、さまざまな領域にわたる介入の影響を比較するのに役立つ：人々はより長生きしたが、より悲惨だったのか？人々はより長生きしたが、より悲惨だったのか？人々は体重を減らし、自分自身についてより良く感じたのだろうか？そのため研究者たちは、患者ケアと研究の両方で使用される多くの健康アウトカムを特定した。このユニットでは、死亡率のような客観的な尺度から、QOLのような主観的な尺度まで、様々なヘルス・アウトカム尺度を探索する。そして、健康アウトカムがアウトカム指標として、また死亡率の予測因子としてどのように利用できるかを説明する。

健康アウトカム指標

健康アウトカム指標は以下のように多岐にわたる：

死亡率：最も基本的な健康アウトカムの指標は、非常に粗い死亡率という形をとる。問わ

れるのは、"今年死亡した人の数は増えたのか、減ったのか、それとも変わらないのか"と

いうことである。死亡率の増加は健康状態の低下、減少は健康状態の増加とみなすことが

できる。しかし、このアプローチには分母が必要である。したがって、死亡率の次の最も

基本的な形は、研究対象集団の規模を反映する分母を含む。このような尺度によって、異

なる集団間の比較が可能になる。

シカゴとロンドンを比較すると、ロンドンの方が1年間に死亡する可能性が高いが、単にロンドンの方が大きいだけである。意味のあるデータを提供するために、死亡率は年齢と性別で補正される（高齢者は毎年より多く死亡すると予想される）。さらに、死亡率は、乳幼児死亡率のような年齢特異的なものや、突然死率のような疾病特異的なものにすることができる。調査対象集団が正確に特定され、補正され、特定されている限り、死亡率は客観的で、入手しやすく、単純な指標を提供する。

罹患率：研究室や臨床の研究者、疫学者は、死亡率を健康結果の完全な尺度として受け入れているかもしれない。しかし、社会科学者が医学の世界と並立することで、この立場が崩れ、"健康とは本当に死なないことだけなのだろうか？"という、今となっては当たり前の疑問が提起されるようになった。これに呼応するように、罹患率への注目が高まっている。しかし、罹患率の測定法の多くは、ある集団の中で特定の問題に苦しんでいる人の数を数えるだけである。

同様に、病気欠勤率は単に病気による損失日数をカウントするだけであり、症例数査定は与えられた時間内に開業医や病院を受診した人の数をカウントするだけであ

る。このような罹患率は、一般的な集団のレベルでの詳細を提供する。しかし、罹患率はまた、各個人の機能指標を用いて測定される。

機能評価尺度：機能評価尺度は、「次の作業がどの程度できますか」という質問をするもので、一般に日常生活動作評価尺度（ADL）と呼ばれる。ADLの測定は、入浴、着替え、歩行、階段昇降、食事などの日常作業を評価するものである。機能の測定は、単独で行うこともできるし、主観的健康状態の測定を含むより複雑な評価の一部として行うこともできる。

主観的健康状態：近年、健康状態の測定は主観的健康状態測定法を選ぶことが多くなっているが、これらの測定法には共通点がある：それは、個人自身に自分の健康状態を評価してもらうことである。これらのいくつかは主観的健康尺度と呼ばれ、他のものはQOL尺度または健康関連QOL尺度と呼ばれている。主観的健康状態とQOLの分野の文献は、主に2つの疑問に悩まされている：「QOLとは何か？」と「QOLはどのように測定できるのか？」である。

QoL（クオリティ・オブ・ライフ）とは何か？

クオリティ・オブ・ライフは様々な方法で定義されている。例えば、世界保健機関（WHO）は次のような定義を使っている：「その人の身体的健康状態、心理的状态、自立度、社会的関係、環境における顕著な特徴との関係によって複雑な影響を受ける広範な概念」。対照的に、ランド・コーポレーションの健康バッテリーは、QOLを「身体的機能、社会的機能、身体的問題による役割の制限、感情的問題による役割の制限、精神的健康、気力・活力、痛み、一般的健康感」の観点から運用している。また、研究者はQOL、健康状態、健康関連QOL、主観的健康状態など、異なる用語を使い分けることもある。このユニットでは生活の質（QoL）に焦点を当ててみる。

QoLはどのように測定できるのか？

これらの異なる用語や定義は、QoLを測定する多くの異なる方法に反映されている

。しかし、一般的には、QoLは個人の健康状態の評価であると考えることができ、

利用可能な尺度は数多くある。

特定または一般に定義される。これらは、特定の患者グループに使用することも、病気に関係なく患者に使用することもできる。

特定の尺度：QoLの測定法の中には、機能レベル（すなわちADL）、気分、痛み、自尊心、身体イメージ、生活満足度など、健康のある特定の側面に焦点を当てたものがある。

一般的な尺度：その他の尺度は、最も広い意味での健康状態を評価するという意味で、より一般的である。単項目尺度、複合尺度、個々のQOL尺度などがある。単一

項目尺度：QOLの測定は長く複雑なプロセスになる必要はなく、"あなたの健康状態は、優れている/良い/まあ/悪いと思いますか？"、"現在の健康状態を評価してください"、"悪い"から"完璧"まで、または"可能な限り良い"から"可能な限り悪い"までの尺度を使用する尺度もある。これらの尺度は、他の複雑な尺度と高い相関があり、有用なアウトカム尺度となることが示されている。また、死亡率の良い予測因子であることも示されている（このユニットで後述）。

複合尺度：研究者は、高齢者や子供など特定の集団、あるいは糖尿病やHIVなど特定の病気に焦点を当てた複合尺度を使用する傾向がある。QOLの一般的な尺度

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

も開発されており、これはすべての個人に適用できる。最も一般的に用いられて

いるのは、ノッティンガム・ヘルス・プロファイル、ショートフォーム36（SF36

）、シックネス・インパクト・プロファイル（SIP）、WHOQoL-100などである。

個別尺度：複合尺度の項目は研究者によって選択されるため、患者自身の優先事

項が反映されていない可能性がある。そのため、研究者たちは、被験者に自身の

健康状態を評価してもらうだけでなく、評価すべき次元を定義してもらう、個別

QOL尺度を開発した。

したがって、QOLはさまざまな方法で定義することができる。また、特定の尺度や一般的な尺度を用いて測定することもできるし、単一の項目で測定することも、多数の項目で測定することもできる。では、QoLは研究でどのように使われているのでしょうか？

研究におけるQOLの活用

QOLの測定は、健康心理学、医療社会学、プライマリ・ケア、臨床医学の研究において中心的な役割を果たしている。現在では、資金提供された臨床試験のほとんどが、アウトカム変数の中にQOLの尺度を含めることを要求されており、死亡率にのみ焦点を当てた介入は、一般的に狭量で時代遅れとみなされている。しかし、文献を分析したところ、発表された臨床試験の大部分は依然としてQOLに関するデータを報告していないことが示唆された。したがって、QOLは知られており、アウトカム研究の必須項目であるにもかかわらず、まだ十分に利用されていないようである。QOLの測定が含まれている臨床試験では、主に結果変数として使用され、データは介入によってQOLを含む個人の健康状態に影響があったかどうかを評価するため

に分析される。QOLを結果変数として、または死亡率の予測因子として使用することについて、ここで議論する。

アウトカム指標としてのQOL最も単純なものでは、横断的デザインを用いた研究

が、個人のQOLに及ぼす病気の影響を調査している。例えば、肥満、糖尿病、て

んかん、関節炎、がん、心臓病が、ADL、気分、社会的関係を含むQOLの側面と

どのような関係にあるかが調査され、病気が人の幸福のさまざまな要素に有害な

影響を与えうることが示されている。QOLの経時的変化も同様に、縦断的デザイ

ンを使って測定することができる。QOLはまた

様々な介入の影響を評価するための疾患特異的ランダム化比較試験のアウトカム変数である。例えば、新薬や外科手術の試験では、介入によって生命予後の改善だけでなく、主観的な健康状態の改善も促進されるかどうかを評価するために、QoLを含めることが多い。これは矛盾した結果をもたらすことがあり、患者は2、3ヶ月長生きするかもしれないが、治療の副作用のためにQOLが悪化するという研究結果がしばしば見られる。さらに、心臓発作や脳卒中後のリハビリテーションや行動変容を促進するためにデザインされた複雑な介入には、QOLの測定も含まれることがある。これにより、ある領域（行動など）の改善が他の領域（気分など）にとって有害であることが示されるかもしれない。

長寿の予測因子としてのQOL：クオリティ・オブ・ライフを用いた研究のほとんどは、その予測因子を探るものであり、したがってこの変数をエンドポイントとしている。しかし、QOLは将来の出来事、特に寿命の予測因子でもある可能性がある。このことは、配偶者の死後6ヵ月は死亡率が高く、特に心臓病や自殺による死亡率が高いことを示すいくつかの研究や、QOLによって説明できるかもしれないライフイベントと長寿の関連によって間接的に示唆されている。

さらに、単項目尺度を使って自分の健康状態を評価してもらうような簡単な自己報告式の健康状態測定は、2年から28年の追跡調査において死亡率を予測することが研究で示されている。実際、英国のコメディアン、スパイク・ミリガンは、墓碑銘に "I told you I was ill "と書いてほしいと冗談を言った。スパイク・ミリガンは、主観的な健康状態が死亡率の良い予測因子であることを認識していた！ したがって、QOLはそれ自体が転帰の変数であるだけでなく、将来のさらなる転帰の予測因子であるかもしれない。

終わりに

健康アウトカムは、医学から心理学に至るまで、幅広い分野の研究において重要な鍵を握っている。死亡率や罹患率の測定といった客観的なものから、QOLとして概念化できる主観的な健康状態まで、様々な健康アウトカムがある。QoLには様々な尺度があり、特異的なものから一般的なもの、単項目から複合的なものであり、介入の結果を評価するため、あるいは死亡率の予測因子として用いられる。

質問

1. なぜ健康アウトカムを測定することが重要なのか？
2. さまざまな健康アウトカム尺度を説明する。
3. なぜ客観的な健康アウトカムと主観的な健康アウトカムが必要なのか？
4. 薬物などの医療介入は、QOLにどのような影響を与えうるか？
5. 主観的な健康状態は、何年も後の死亡率をどのような形で予測しうるのだろうか？

最後のメッセージ

身体的な病気が心理的な結果をもたらすことは、長い間認識されてきた。このコースでは、健康であることから病気になること、病気であること、そして健康上の転帰に至るまで、心理学が病気のすべての段階にどのように関係しているかを強調してきた。健康心理学にはシンプルなストーリーがある： **「伝統的なモデルでは、健康と病気は知識と生物学に関するものであるが、健康心理学では心理学に関するものでもある。**つまり、このコースで取り上げる分野では、次のようなストーリーがある：

- 健康と病気は生物学だけでなく行動にも関係する
- 行動は知識だけでなく信念にも関係する
- 信念を変えることで行動は変えられる
- 人はまた、病気に関する信念を持っており、それが病気の経験に影響を与える。
- 病識は助けを求める行動に影響する
- 診察は患者と医療従事者の信念に影響される
- ストレッサーに対する反応は評価に影響される。

- ストレスは生物学的変化と行動の変化を通じて病気を引き起こす。
- 慢性疾患のあらゆる段階で心理学が関与している
- 健康と病気における男女差は、生物学的なものだけでなく、信念や行動に

よっても説明できる

- 死亡率や病気の重症度といった客観的な健康アウトカムだけでなく、

QOLのような主観的な健康アウトカムを評価することも重要である。

参考文献 一般

テキスト

以下の2冊は、健康における心理学の役割について幅広い背景を説明している。

オグデン, J (2012).健康心理学：教科書。McGraw Hill.バッキンガム：英国。

本書は、このコースで扱われた内容をさらに詳しくまとめたものである。ポル

トガル語、ギリシャ語、中国語、インド語、フランス語、ギリシャ語、メキシ

コ語に翻訳された5版がある。

オグデン J (編) (2007).健康心理学必読書.Open University Press：バッキンガム。

これは、心理学と健康という分野に興味があるなら、読んでおくべきと私が感じた

論文のコレクションである。

単位ごとの読み方

ユニット1：心理学と健康の主要な理論的枠組みへの導入 Aboud, F. E. (1998).*Health*

***Psychology in Global Perspective*.London: Sage.**

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

本書は、健康心理学の異文化的側面を強調し、行動心理学的な側面から、健康心理学に焦点をあてたものである。

文化的背景の中での信念。

Kaptein, A. & Weinman, J. (eds) (2010). *健康心理学*. 第2版。オックスフォード: BPS

ブラックウェル

この編集集は、健康心理学の中心となるさまざまな分野について、さらに詳細な記

述と分析を提供している。

ユニット 2.健康における行動の役割

Conner, M. and Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour* (2nd ed) Buckingham : Open University Press.

本書は、さまざまなモデル、それらを用いて実施された研究、そしてこの分野における新たな展開について、優れた概要を提供している。各章はそれぞれのモデルの専門家によって書かれているが、編集された本にはしばしば見られない明確な叙述がなされている。

Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). 実際の原因 2000年、米国における死亡。JAMA, 10; 29:1238-45.

本稿では、米国における死因としての健康行動の重要な役割を明らかにする。

オグデン、J. (2003). 食べることの心理学：健全な行動から無秩序な行動へ。ブラックウェル：米国/英国。スペイン語訳 (2004).

もしあなたが摂食行動に興味があるなら、この本はなぜ私たちが食べるのか、摂食障害や肥満など食べることにまつわる問題を考察している。

ユニット 3.行動変容

心理学と健康 (2011).第26巻; 2.特集: 健康増進の介入.

本誌の特別版は、さまざまな行動変容介入の有効性を探る研究に特化したもので

、運動、食事、コンドームの使用、妊娠のリスクなどの行動を調査している。

Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E. A., & Phillips, A. (2008).健康心理学:

行動と健康の間の経路の探索。心理学の年次レビュー。59; 8.1-8.28.

この論文では、行動介入に関する現在の理論の問題点を探り、新たな方法を提案する。

Rutter, D. & Quine, L. (eds) (2003).*健康行動を変える： Intervention and Research with Social Cognition Models*.バッキンガム： Open University Press.

この編集本は、介入策の設計とその評価の問題点の分析を含む、介入に関する文献の優れたレビューを提供している。

ユニット4： 病気になること、病気認知の役割、助けを求めること、コンサルテーション

ベリー D. (2004).*リスク、コミュニケーション、健康心理学*. Maidenhead： Open University Press.

リスク・コミュニケーションは、多くのコンサルテーションにおいて中心的な役割を担っている。本書は、リスクコミュニケーションに関する研究の包括的な概観を提供する。

Cameron, L., & Leventhal, H. (eds) (2003).*The Self-regulation of Health and Illness Behavior*.ロンドン： Routledge.

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

本書は、病気の信念に関する研究と、より広範な自己規制のアプローチを包括的に取り上げた良書である。

Petrie, K. J., & Weinman, J. A. (eds) (2006). **健康と病気の認識**. アムステルダム: ハーウッド。

本書は、自己規制モデルを理論的枠組みとして用いたプロジェクトの編集集である。

Taylor, S. E. (1983). **脅威的出来事への適応：認知的適応の理論、**

アメリカ心理学者, 38: 1161-73.

本書は、人々ががんをどのように意味づけるかに焦点を当てた、インタビューに基づく研究の優れた例である。本書は、病気への対処に関する認知的適応理論を記述・分析し、健康でないことによって生じる不均衡を理解する上で、幻想が中心的な役割を果たすことを強調している。

Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., & Williams, A. (1985). **専門家同士の会議。ロンドン：Tavistock.**

本書は、コンサルテーション分析に関する研究を記述した名著である。その後の多くの研究の流れを作り、専門家としての医師から相互作用としてのコンサルテーションへと重点を移した。

ユニット 5. 病気になることと、ストレスと痛みの体験 ス

ストレス

Evans, P., Hucklebridge, F., & Clow, A. (2000) *Mind, Immunity, and Health : The*

Science of Psychoimmunology. ロンドン: Free Association Books.

本書は、ストレス、うつ病、コンディショニングが免疫系にどのような影響を与えるかについて、わかりやすく紹介している。

ジョーンズ、F.、ブライト、J. (2001). *ストレス: 神話、理論、研究*. ハーロー: プレンティスホール。

本書は、ストレスに関する研究と理論について解説し、分析した非常にわかりやすい本である。

Lazarus, R. S. (2000). ストレスとコーピングのより良い研究に向けて, *American Psychologist*, 55: 665-73.

この論文は、ストレスとコーピングに関する特集号の一部であり、ストレスに関する文献の最近の進展と批評に関するラザルス自身のコメントを反映したものである。

Pennebaker, J. W. (1997). 治療過程としての感情的経験について書くこと、
心理科学, 8(3):162-6。

この論文は、病気認知、ストレス、病気の分野で膨大な量の研究を生み出した。この論文は、感情的な経験について書くことが、いかに幅広い健康上の結果を改善するかを示している。

痛み

Dekker, J., Lundberg, U., & Williams, A. (eds) (2001). *痛みと筋骨格系障害における行動学的要因と介入: International Journal of Behavioural Medicine の特集号*. Mahawah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

これは、慢性疼痛の発症に関与する心理社会的要因を詳細に分析したものである。

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

Main C. J., & Spanswick C. C. (eds) (2000). **疼痛管理：学際的アプローチ**. Edinburgh
: Churchill Livingstone.

この編集集は、痛みの治療に対する現代のアプローチについて詳しく説明している

。

Totman, R. G. (1987). **病気の社会的要因**. London: Souvenir Press.

本書は、プラシーボとその相互関係について興味深い視点を提供してくれる。

信念、行動、健康。

ユニット 6.肥満、冠動脈性心疾患（CHD）、がんなどの慢性疾患における

心理学の役割

肥満

Brownell, K. D. (1991).健康に対する個人の責任とコントロール：期待が現実を超えるとき, *健康心理学*, 10: 303-10.

この論文は、健康に対する患者の責任を強調することについて論じ、肥満者にダイエットを勧めることは、コントロールできないものをコントロールしようとする一例である可能性を示唆している。この論文は、ある種の病気は個人のコントロールが及ばないものであることを示唆し、多くの健康心理学の考え方の核心に挑戦しており、興味深いものである。議論を巻き起こすには良い論文である。

ndOgden, J. (2010). *食べることの心理学：健康から乱れた行動へ*。版。オックスフォード：ブラックウェル。

本書は、健康的な食事から、ダイエットや身体への不満、肥満や摂食障害に至

健康と病気の心理学ジェーン・オグデン

るまで、食行動の連続性について解説している。特に、肥満とその治療について詳細に分析している。

オグデン, J. The Psychology of Dieting. Routledge: London.

本書は、肥満と体重管理に関する研究を解説し、ダイエットをより効果的にする方法を探る私の新著である。

慢性閉塞性肺疾患

Everson, S. A., Lynch, J. W., Chesney, M. A. 他 (1997). 職場の相互作用

頸動脈アテローム性動脈硬化症の進行における需要と心血管反応性：集団ベ

ースの研究、*British Medical Journal*、314： 553-8.

本稿では、CHDの発症における職場でのストレスの役割を探る。

Petrie, K. J., Cameron, L. D., Ellis, C. J., Buick, D., & Weinman, J. (2002).心筋梗

塞後の病識の変化：早期介入ランダム化比較試験。*Psychosomatic Medicine*,

64, 580-586.

この論文は、病気に対する認知を変えることが、心臓発作後の健康転帰にどのよう

に良い影響を与えるかを説明している。

癌

Barracclough, J. (2000).*がんと感情： A Practical Guide To Psycho-oncology*.チチェスタ

ー： Wiley.

本書は、がんの発症、進行、回復という観点から、心理的要因とがんとの関連性を

探る研究と理論を、徹底的かつわかりやすくレビューしている。

ユニット 7: ジェンダー、健康、病気

Gough, B., & Robertson, S (2010).男性、男性性、健康。Critical perspectives.Palgrave: Hampshire.

本書は、父親であること、身体イメージ、胸の痛みなど、男性の健康問題を探求する興味深い一連の研究の編集集である。本書はより批判的な視点を持ち、使用されている理論的スタンスを概説する優れた序章がある。

Lee, C. (1998). *女性の健康: Psychological and Social Perspectives*. London: Sage.

本書は、月経前症候群、産後うつ病、不妊治療など、本章では扱わなかった女性の健康に関する問題を幅広く扱っている。そのため、本書で扱われていない分野の背景を知るのに役立つ。

Lee, C., & Owens, R. G. (2002). *The psychology of men's health*. Open University Press: バッキンガム。

本書は、男性の健康に関するさまざまな側面を明確に記述し、それらをジェンダーと男性性の概念の中に位置づけた優れたテキストである。

ユニット 8.健康アウトカムと生活の質 (QoL)

ボウリング、A. (2005). *健康の測定: A Review of Quality of Life Measurement Scales*, 3rd edn. Maidenhead: Open University Press.

本書は、QOLを評価するために開発された様々な尺度について、非常に包括的に概観している。また、QOLとは何か、測定の理論についての興味深い2章も含まれている。

Joyce, C. R. B., O'Boyle, C. A., & McGee, H. M. (eds) (1999). *Individual Quality of Life*.

本編集本では、QOLの概念的・方法論的原則について詳述し、個々の尺度に焦点を当てている。そして、これらの尺度の使用例と、将来の方向性に関するいくつかのアイデアを提供している。

Rapkin, B. D., & Schwartz, C. E. (2004).QOL評価の理論モデルに向けて：反応シフトの研究から得られた知見の含意。 *健康とQOLの結果*. 2, 14.

この論文はレスポンス・シフトの概念を説明し、この変化と適応のプロセスに関与
すると思われるメカニズムを概説した優れたものである。

読むべき雑誌 健康

心理学 心理学と健康

国際健康心理学ジャーナル 英国健康心理

学ジャーナル 心理学 健康と医療 地域心

理学