

行動医学の理論的基礎

田中潜次郎

目次

- 一 序 論
 - (一) 行動医学の定義
 - (二) 行動医学の成立過程
 - (三) 問題への着眼点
- 二 行動医学の概念と方法
 - (一) 基本概念
 - (二) 自己管理
 - (三) 適用例
- 三 行動医学の関連分野
 - (一) 心身医学
 - (二) 医学心理学
 - (三) 健康心理学
- 四 行動医学の理論モデル
 - (一) 生物医学モデルと心理社会モデル
 - (二) 生物心理社会モデル
- 五 おわりに

一 序 論

近年急速に展開されている行動医学 (behavioral medicine) の基本的特徴を論じる。これに関連する著書は我が国でも少数ながら公刊されている。このうちの一つは、行動の純粹理論を中心としたものである。^(一) 他方は、臨床応用に重点をおいたものであるが、従来からあった心身医学や医学心理学との連続性において、行動医学を紹介している。^(二) 本論では、行動医学が従来とは異なる独自の理論と方法をもつ体系であること、そして現実の問題を解決することを目的とする応用領域であることに着目して考察を行なう。

(一) 行動医学の定義

シュワーツとワイスによる標準的な定義は次のとおりである。^(三)

「行動医学とは、^(四) 身体の健康と疾病の理解に役立つ行動科学的な知識と技術を発展させると共に、これを診断、予防、治療およびリハビリテーションに適用する領域である。精神病、神経症および薬物乱用については、それが身体疾患の原因となる場合に限って含まれる。」

この定義に対しては次のような批評がある。すなわち、ここで使われた行動科学の概念は、学習理論とそれに連なる行動療法だけではなく、人格理論、社会学、人類学、時として政治学までも含む幅広い領域を指すものであるが、このような諸分野が同程度に行動医学の成立に寄与したという事実はない。また行動医学の成立に際して、疫学や生理学など生物科学が果たした役割がここでは除外されている。

ポーマローとブラディは、^(五) 行動医学の由来を限定的に考えると共に、理論よりは応用に重点を移して、次のよう

に定義している。

「行動医学とは、実験的行動分析すなわち行動療法と行動修正(六)の技術を、身体疾患や生理的機能障害の評価、予防、管理もしくは治療に臨床応用すると共に、医学的な疾患と健康の諸問題に関係する行動の機能分析を行なうことである。」

以上の二つの定義のいずれが適切かについての評価は、この問題に対する着眼のしかたによって異なってくる。もし現状の認識が重要であるとすれば、ポーマローとブラディの定義の方が厳密性において勝っている。これに対して、将来の領域拡大の可能性を見越して、定義に含みを持たせるとすれば、シュワーツとワイスの方が可塑性に富んでいると評価できる。なお、シュワーツとワイスは上述の定義のあと、次のような再定義(七)も行なっている。

「行動医学とは、健康と疾病の理解に役立つ行動科学と生物学の知識および技術の発展と統合に関わると共に、この知識と技術を予防、診断、治療およびリハビリテーションに適用する領域である。」

この定義は、前回の定義に対する評価を考慮に入れて提出されたものである。前回の定義は行動科学が中心となっており、疫学や生理学など生物学の役割を度外視していた。再定義は、行動科学と生物学の学際性に重点を移している。対象の設定については、前回の定義では行動医学が身体面に関わることを強調するために精神面が除外されていた。ところがこの発想は、精神面に関わる行動療法と、身体面に関わる行動医学とが、その理論と方法において異質なものではなくむしろ連続的であるという事実と調和しない。また、精神と身体(八)の区分は、あまりにも古典的な思想に依存し過ぎているという批評も可能であろう。こうして再定義においては、身体面だけという限定表現が削除されたと考えられる。

しかしながら、この再定義に対しては次のような批判ができる。すなわち、この定義では行動科学と生物学の統合がうたわれているのであるが、現時点ではそういう事実はなく、将来においても達成可能かどうかとも疑わしい

ことである。もちろん達成すべき目標によって定義することは不可能ではない。しかしそれを実行する場合には目標達成の方法と指針を明示しなければならない。それに加えて、異質な分野の統合を強調すると、その領域の核心部分が失われ、全体の輪郭がぼやけるといふ欠点がある。

シュワーツとワイスの再定義は引用されることが少ないのであるが、それは以上の理由によるものと考えられる。もちろん新しい領域の定義はあくまで暫定的であって、いつでも改訂に應じるものでなければならない。しかし、シュワーツとワイスの定義については、最初の方が視点と対象設定を明確に示している点で再定義よりもすぐれており、出発点の定義としては適切であると考えられる。

なお、行動医学という名称については、それが医学なのか心理学なのか明らかではないという批評がある。これについては、第三節で関連分野として健康心理学を論じる際に言及する。

(二) 行動医学の成立過程

行動医学は多分野的 (multidisciplinary) な性格をもつため、その領域や境界については多少の混乱がある。また、時間的には短期間に発展した領域であるから、その過程を確認することは簡単ではない。しかし、一九六〇年から七〇年代にかけて、以下に述べる複数の流れがあつて、当初それは相互に無関係であつたが、のちに合流して行動医学を成立させた^(八)と考へられている。

(1) 行動療法 一九六〇年代の初期から中期にかけて、行動療法の研究者や治療者が精神衛生上の伝統的な諸問題のいくつかで成功をおさめた。一九六〇年代の後期には、この方法を、肥満や喫煙のようなもっと医学的な問題に適用するようになった。精神分析では目に見えない無意識の中の葛藤が重視されるのに対して、行動療法は、

食べる、飲む、寝るなど目に見える顕在行動 (overt behavior) の修正を目的とする。この単純明快さの故に、医学的問題に対する行動療法の拡大的適用は、もともと経験的実証を重視する医学界に受け入れられることになった。

(2) バイオフィードバック 行動療法とほぼ同じ時期に、バイオフィードバックの技術が開発されていた。行動療法が巨視的な行動を修正する方法であるのに対し、バイオフィードバックは微視的な生理的反応の制御を目的とするものである。これは、血圧や体内電位活動のような、知覚することも意図的に制御することも不可能だと従来みなされていた生理的反応を知覚制御させる技術であった。こうして、レイノー病のような医学的疾患の治療に心理学者が関わるようになった。このことは、一九七〇年以前には多くの人が聞いたこともなかったことである。

(3) 主要疾患の変遷 一九六四年にアメリカの連邦政府は、主要な死因がもはや、接種によって予防される疾患でもなく、抗生物質によって治療される疾患でもなく、アメリカ人の多くが自分自身の行動の故に死に至っていることを公式に認めた。^(九) すなわち、二〇世紀初頭の主要な死因であった感染症が、医学と公衆衛生の進歩の結果、一九六〇年代までに基本的に克服された。これに代って、心臓血管系の疾患、癌、および事故が主要な死因として登場してきた。^(一〇) また、慢性疾患は、治療するよりはむしろ管理すべきもの (to be managed rather than cured) という認識が出てくると共に、疾病の発生と継続において行動が主要な役割を果していると考えられるようになった。一九七〇年代初期に、国立心臓・肺臓・血液研究所が後援した多重危険因子介入計画 (Multiple Risk Factor Intervention Trial) において、喫煙、高血圧、血清脂質水準の三つが危険因子として挙げられ、行動の修正がこの因子に対する主要な介入方法であると思なされた。

(4) 社会意識の変化 治療する側と治療される側の関係が、時代や社会の変化と共に変わってきている。結核の

ような感染症については、法律などの外部的強制手段によって、防疫および治療体制がしかれる。人々はこれに従う義務がある。これは治療する側に最も強い権限が与えられる場合である。これに対して、非感染症では治療する側の権限は相対的に弱くなる。また、入院では治療する側の計画に沿って治療が進行するのに対して、通院では治療される側の判断と行動が自然に大きな役割をもつようになる。たとえば、飲食など日常生活の管理には治療者の権限が十分には及ばない。医療指示の応諾と実行の問題は、入院に対する通院の割合が大きくなるにつれて深刻になっていくであろう。さらに、予防処置についても、その社会的体制がいかに整備していたとしても、対応が外部からの強制によることなく人々の主体的判断にまかされたとき、受診率は低下する恐れがある。さりとて以前のようには治療者に大きな権限を与えるのは現代社会では困難になっている。予防と治療を与える側の権限が弱くなつて、それを受ける側の発言権が強くなってきたとき、医療は、生物学的および社会的側面だけに限定されるのではなく、社会の成員である一人一人の人間の行動の問題を含むようになり、これに対応するための新たな方法が必要となるのである。

行動医学の成立の背景として、以上の四点を指摘した。前半の二点はこの領域での知識と技術の発展について述べたものである。後半の二点は、知識と技術を適用できる問題が新たに発生して、問題の方が逆に行動医学を成立させたという事情を述べている。

(5) 領域の組織化 行動医学が専門用語として最初に使われたのは、一九七三年に出版されたBirk, L. (Ed.) *Biofeedback: Behavioral Medicine* (Grune & Stratton) という書名としてであった。ここでの行動医学は、バイオフィードバックの副題であり、両者は同義に扱われている。バイオフィードバックが行動医学の中で一定の位置を占めるのは事実であるが、今日ではその全体領域の一部分を構成するにすぎない。

組織面での展開は次のようである。^(二二)一九七〇年代中期にアメリカ東海岸でペンシルバニア大学に行動医学臨床研究センターが、西海岸ではスタンフォード大学に行動医学研究実験室が開設されている。この二つが、行動医学と標榜した最初の組織だといわれる。前者は臨床面に、後者は実験面に重点があった。両者はほぼ同じ時期に発足しているが、その間に連携があったわけではないようである。

一九七七年には、イエール大学の心理学科と精神医学科の主催の下で、イエール大学医学部や国立心臓・肺臓・血液研究所などから研究者が集まり、イエール行動医学会議 (Yale Conference on Behavioral Medicine) が開かれた。そのメンバーの出身分野は多彩であって、心理学、社会学、人類学、疫学、精神医学、心臓学、内科学から一七人が集まった。このうち一〇人は心理学者であった。すでに言及したシュワーツとワイスの定義は、この会議での討議にもとづいている。

一九七八年と一九七九年には学会が組織された。行動医学研究院 (Academy of Behavioral Medicine Research) と、行動医学会 (Society of Behavioral Medicine) である。これらの会員のうち約三分の一は心理学者であると^(二五)いわれる。専門誌として、*Journal of Behavioral Medicine* が^(二六)発刊されている。行動医学と題する出版物は一九七九年以降に出始める。そして、一九八二年には、アメリカ心理学会発行の臨床心理学専門誌が^(二七)行動医学の特集号を出している。行動医学への研究助成額もここ数年間に飛躍的に増加している。^(二八)

(三) 問題への着眼点

本論では、行動医学の次のような特徴に留意して、その輪郭を明らかにする。

- (1) 対象領域 医学的な問題に対する心理学の関わりは、従来精神面に限定されていた。シュワーツとワイス

の定義で強調されているように、身体疾患の行動的側面に着目する行動医学の登場によって、医学と心理学の関係は以前よりも多様になる可能性がある。

(2) 理論的背景 学習心理学に源をもつ行動医学と、精神分析を背景とする心身医学とは、その理論的基盤において水と油のように融合しにくいことを十分認識しなければならない。たしかに一般的な医学的観点からは、いずれも疾病の心理社会的側面に関わるといふ点で、類似した体系のように見える可能性はある。しかし、類似点よりは相違点に注目する必要がある。行動医学は心身医学に対抗する形で登場したと思われるからである。少なくとも心理学的観点からは、両者が異質な体系であることは容易に理解できる。また、学習心理学は心理学の中でも体系化志向の強い領域であって、折衷的な思考を排除する傾向があることも知る必要がある。

(3) 医療組織 医療の専門分化 (medical specialization) の面では、心身医学は、医療の専門化に対して、全体化、総合化を目的とする改革理念でもあった。この問題については、行動医学は次のような立場をとるようである。^(一) 医療の専門化は、全体的な人間として患者を見るのではなく病んだ断片として扱うという欠点がある。しかし、専門化にはこの欠点を補って余りあるほどの多くの長所がある。行動医学は、現代医学の専門化を受容しており、変更が望ましいとは考えていない。

第四節の理論モデルで言及するように、行動医学はシステムのことに特徴がある。システムという表現では一般に自動化の側面が強調されるが、それよりも複合化の意味が含まれる。単一原因と単一結果によって疾病を説明するのではなく、この関係が複合的であることに注目して、これに対する治療などの対応策も複合的でなければならぬとみなされる。心身医学が医療の総合化をめざすのに対して、行動医学はその複合化をめざすものといえよう。

(4) 理論的意義 行動医学とその背景にある学習心理学の關係の重要性についてはすでに述べたが、それにもかかわらず両者は同一のものではない。まず、行動の一般理論である学習心理学とは異なつて、行動医学はその研究対象を、人間の健康と疾病に関連する行動に明確に限定している。さらに、伝統的な学習心理学が実験室において条件統制された行動の分析的研究を中心とするのに対して、行動医学は日常生活において現実に生起する全体的複合的な行動を対象とする。すなわち、学習心理学が実験的であるのに対して、行動医学は生態学的(ethological)^(一四)である。この点において行動医学は、ワトソンに始まる古典的な行動主義とはかなりの距離があり、むしろ新しい行動理論である^(一五)と考える方が適切である。生態学的な発想は、理論としてはすでに提案されているが、行動医学はこれに經驗的根拠を与える可能性をもっている。行動医学は応用分野ではあるが、行動の基礎理論に対して逆に見を提供できるであろう。したがって、行動医学は医療面だけでなく基礎的な心理学の観点からも興味深い分野であるといえよう。

(一) 西川泰夫『行動医学』。講談社サイエンティフィック、一九八一年。

(二) Williams, R. B. & Gentry, W. D. (Eds.) *Behavioral approaches to medical treatment*. Ballinger, 1977.

日野原重明・篠田知璋(監訳)『新しい治療法としての行動医学——各科の臨床的応用』。医学書院、一九八一年。

Cohen, J. & Clark, J. H. *Medicine, mind, and man*. Freeman, 1979. 石川中・小野章夫(監訳)『医学心理学——行動医学からのアプローチ』。誠信書房、一九八四年。

(三) Schwartz, R. B. & Weiss, S. M. What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 36, 377—381, 1977.

(四) *Health*には「健康」、「保健」、「衛生」などの訳語がある。本論では、単語の場合は「健康」で統一し、*mental health*のような慣用的な熟語では「保健」、「衛生」を用いた。当初は「健康」は専門的表現ではないと考えたが、昭和五九年の厚生省組織令の改正に伴って従来の医務局が「健康政策局」に改められている(菅野耕毅法医学教授の示唆による)。このように「健康」が公的機関の名称となったことと、「健康」と表現しなければ意味が不明瞭になることが少なくない、と

い理由からこの訳語を採用した。

- (五) Pomerleau, O. F. & Brady, J. P. The scope and promise of behavioral medicine. In: Pomerleau & Brady (Eds.) *Behavioral medicine: Theory and practice*, Introduction. Williams & Wilkins, 1979.
- (六) 「行動修正」は *behavior modification* の訳語であるが、一般的には「行動変容」と訳されている。「行動修正」をここで採用したのは次の理由による。第一に、*to modify behavior* というとき、これを「行動を変容する」というよりは、「行動を修正する」という方が適切な表現だと考えられる。第二に、この技術は、行動が自然に変わるのを期待するのではなく、意図的に変えることを目的とする。この点で「変容」よりも「修正」の方が原意に近いと考えた。
- (七) Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249—251, 1978.
- (八) Blanchard, E. B. Behavioral medicine: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 795—796, 1982.
- (九) Health psychology: Joining mind and body to promote health. *APA Monitor*, 17—1, pp.15—17, 1986.
- (一〇) Walsh, J. K. & Feldman, J. G. Health of the U. S. Population. In: Clark, D. W. & MacMahon, B. (Eds.) *Preventive and community medicine*, Second edition, Chapter 34. Little, Brown and Company, 1981.
- (一一) Agras, W. S. Behavioral medicine in the 1980s: Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 797—803, 1982.
- (一二) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50—6 (Special Issue: Behavioral medicine), 1982.
- (一三) 行動医学の研究に対する助成の状況は次のようである。国立心臓・肺臓・血液研究所は一九七一年に行動医学部門を作った。その研究費は、一九七六年には四〇〇万ドルであったが、一九八四年には三、一〇〇万ドルに増加した。国立癌研究所は一九八〇年に部門を作り、一九八五年には二、二六〇万ドルを行動医学の研究に使っている。国立衛生研究機構 (National Institutes of Health, NIH) における生物行動学的 (biobehavioral) 研究全体の予算は、一九七〇年代の中期には一年当り二、〇〇〇万ドルであったが、一九八四年には一億五、〇〇〇万ドルに増加している。〔前掲論文(九)〕。
- (一四) Pomerleau, O. F. A discourse on behavioral medicine: Current status and future trends. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1030—1039, 1982.

二 行動医学の概念と方法

基礎領域としての学習心理学と、応用領域としての行動療法や行動医学との関係については、次の二つの考え方がある。第一は、学習心理学と行動医学は直接的に結びついており、パブロフやスキナーに始まる学習心理学の完全な知識なしには、行動医学は理解できないという説である。第二は、たしかに行動医学でも、条件刺激、二次的強化因、モデリングなどの学習心理学の専門用語が使われるが、日常用語でも代替できるので、学習心理学は必要ではないという説である。

本論は、以上の二つの考え方に対して、次のような第三の立場に立つ。すなわち、序論で述べたように、学習心理学と行動医学の関係は直接的ではない。しかしながら、行動医学は学習心理学の理論的系統に属する。多くの行動は学習されるという基本的仮定、行動という基本単位の設定、問題に対する合理的接近の重視などは両者に共通する特徴である。行動療法、行動疫学、行動医学、行動神経学のような名称は「心理学 (psychology)」を犠牲にしても「行動 (behavior)」の方を守ろうとする姿勢のあらわれである。学習心理学が、新しい行動医学的方法の成立母胎の役割を果していることは明らかである。

(一) 基本概念

(1) 刺激と強化 学習 (learning) は、人間行動の成立と維持のメカニズムを説明する重要な概念である。学

習の第一の特徴は、これによって多量かつ多様な行動様式の形成が可能になるということである。第二の特徴は、学習行動の可塑性である。比喩的に表現するなら、本能行動が射撃の名手の打つ鉄砲玉であるとすれば、学習行動は標的の変化に合わせて進路を修正していく誘導弾である。環境への適応という目標達成の役に立たなくなった古い行動は消去されて、これに代って目的に適合する新しい行動が学習される。学習の大きな利点は、このように環境の変化に応じて行動を修正できることである。誇張して言うと、人間の強みは学習能力にあるのではなく、消去能力にある。問題行動が学習されたものであるならば、これを消去することも可能であるということが、行動療法や行動医学の前提である。

学習行動の成立と維持のためには、本能行動とは対照的に、環境からの刺激(stimulus)と、出現した行動に対する報酬もしくは強化(reinforcement)が不可欠である。環境への適応という目的に反すると思われる問題行動においても、これを生じさせる環境条件が必ず存在し、これを維持する強化のメカニズムがつねにある。たとえば、ドアの施錠を何回確かめても気がすまないような強迫行動は、それを確かめることによって一瞬ではあるが緊張が解消するという報酬によって強化されると考えられる。肥満者の食行動は、単に味覚や満腹感によって強化されるのではなく、それ以外の強化のメカニズムが作用している可能性もあるだろう。

問題行動を支える環境条件を分析し、行動を消去するために環境条件を調整するのが、刺激統制(stimulus control)である。問題行動が何によって強化されているのか、その行動の結果、その人が何を得ているのかを分析し、行動消去のために強化因を調整するのが、随伴性管理(contingency management)である。あるいはこれらを一括して、行動分析(behavior analysis)ということもある。

(2) モル行動　行動とは、個体による外部にあらわれた観察可能な活動である。食べる、飲む、話す、働く、

物を買う、投票するなどの他に、脳波、皮膚電気反射、瞳孔の収縮、唾液の分泌のような生理的反応も、行動のカテゴリーに含ませることがある。食行動を例にとれば、唾液の分泌や咀嚼の時の筋骨格系の活動のような個々の構成要素と、これら全体が調整統合されて成立する「食べる」という生存の目的にかなった行動 (purposive behavior) とに分けられる。体温調節作用では、発汗という生理的反応と、上着を脱ぐ、窓を開ける、クーラーのスイッチをひねるなどの総体的行動とがある。これら二種の行動について、前者は比喩的に分子的行動 (molecular behavior)、後者はモル行動 (molar behavior) と呼ばれてきた。いずれも観察可能な個体の活動であるが、分子的行動が生理学の対象であるのに対して、モル行動は心理学の対象とみなされている。このような対象設定は全体的な発想によるものであり、対象を細分化すれば真実に近づくという還元論とは異質なものである。なお、行動医学の文脈では、前者は生理的反応、後者は顕在行動 (overt behavior) と呼ばれることが多い。

(3) 行動連鎖 上述のモル行動の発想をさらに拡張したのが、行動連鎖 (behavioral chain) の概念であると考えられよう。個々の行動はそれぞれ独立して成立するのではなく、相互に関連した一連の行動群として生起する。朝起きて衣服を身につけ、お茶を飲みながら新聞を読み、朝食後タバコをすって会社に出勤する。夜になると、酒を飲まなければ食事が進まない。あるいは酒なしには眠るのがむずかしいような気がする。衣服の着脱をとっても、それは複雑な行動連鎖である。どのような順序で服を着たのか、ズボンにどちらの足を先に入れたか、当人がよく意識しないほど自動化している。このような行動連鎖の形成の結果、環境に対する迅速な適応が可能となっているのである。

特殊教育におけるシェイピング (shaping) という行動修正技法は、対象児が一人で生活するために必要な行動連鎖を形成させる方法である。行動医学における問題行動への対処は、問題行動そのものの除去を目的とする場合

もあるが、問題行動と他の行動を結びつける連鎖を断ちきるのに重点をおくこともある。また、問題行動を含む行動連鎖の中で、比較的消去の容易な行動部分を消去することによって、全体のまとまりを崩すという方法も可能であろう。

食後に歯をみがかなければ気持ち悪いという場合と、食事が終わるか終わらないうちにポケットのタバコをさぐる場合とを比べれば、前者は良く後者は悪いという反対の評価をすることもできるが、学習された行動連鎖という点では同一だとみなすことができる。習慣化した行動連鎖を断ちきることはむずかしい。休刊日には新聞が読めない、退職すると出勤ができない、というように行動の継起が中断することは、他の行動の円滑な進行までも妨害する。喫煙や飲酒は、食事や睡眠のような強固な習慣行動と結びついているからこそ、消去が困難となるのであろう。

(4) 行動療法 精神衛生領域において、精神分析や心理療法に対抗して開発された方法が行動療法 (behavior therapy) である。方法の種類は多く、主要なものとしては、系統的脱感作法、フラッシュバック法、シェイピング法などがある。神経症は学習された不適応行動とみなされて、不適応行動の減少と適応行動の増大が治療の目的とされる。神経症全般が治療対象となっているが、現実には強迫神経症、恐怖症、チック症などが主要な対象になることが多い。行動療法の字義どおり、症状すなわち問題行動そのものの除去が治療の目標である。治療の一定セッションでは、まばたきチックを消去するというように、標的となる行動 (target behavior) が明確に指定される。チックを成り立たせる原因として、内面の複雑な葛藤の存在を考慮することは少ないし、当人の生育歴もあまり問題にされない。

行動療法は、特殊教育において対象児が衣食住の基本的生活技能を習得するための合理的方法として採用されたり、軽度の問題行動の修正に用いられるようになった。これらの対象は疾病ではないから、もはや治療法 (therapy)

という名称は不適當である。行動療法と共に、行動修正 (behavior modification) の名称が使われ始めたのはこのためであると考えられる。しかし、行動療法と行動修正の間には明確な境界はなく、ほとんど重複して使われることが多い。なお、この領域についてはすでに多くの著書がある。^(一)

(二) 自己管理

(1) 基本的発想 初期の行動療法では、治療者が直接的に問題行動の諸条件を修正する立場にあった。主導権は治療者にあり、対象者は受動的な役割をもつにすぎなかった。これに対して最近の自己管理 (self-management) の技法においては、治療者は対象者に対して問題を指摘するにとどまって、対象者がそれを修正する主体となって積極的な役割をになおうとする。新しい行動医学の代表的な技法として、自己管理^(二)をここでとりあげる。

日常用語でいう自己管理とは、自己を律する意志の力、と意味であろう。「ヘビースモーカーがなぜタバコをやめられたか」、「意志が強かったからだ」、「意志の強いのがなぜわかるか」、「タバコをやめたからだ」、という同義反復的な問答を想定してみよう。^(三)これについては次の二つの考え方がある。第一に、禁煙の成功者が、食事、飲酒、睡眠、職業のような他の場面でも行動管理の成功者であったとすれば、彼は「意志が強い」という人格特性を持ち、この特性が他の行動と共に禁煙という行動を決定した原因だと説明できる。逆に、禁煙の失敗は「意志が弱い」という特性が原因であると説明される。これに対する第二の考え方は次のようである。禁煙の失敗者はその一面において弱いのであって、全人格的に弱いという証拠はない。治療効果の面からも、失敗者に対して「意志が弱い」という全体的評価を下すことはむしろ妨害的な効果をもつという考え方である。

第一の立場は、行動の決定因としての人格の機能を重視する特性論的考え方である。第二は行動論的立場であ

る。人格の機能を考慮すると善悪の価値判断が混入しがちであるから、これには深く関わらず、頭在する行動だけに着目する。行動療法や行動医学は第二の立場にある。

行動論からは自己管理は次のように説明される。たとえば、遅刻常習者でも前の晩に目覚時計をセットするのはなぜか。^(三)少なくとも前の晩には、朝寝坊するよりも定刻に起床して出勤することを望んでいる。定刻出勤の方が強化力が大きいからである。目覚時計のセットは、環境への適応のための彼みずからの自己管理対策の一部である。たしかに、朝になれば寝坊の方が強化力が高まって目覚時計を止めてしまうこともある。しかしそれ以前には適応行動を一部分実行したことも事実である。不適応行動を「だらしがない」という人格特性で説明するのではなく、人がみずから不適応行動を減少させて適応行動を増大させることを助けるのが自己管理の技法である。この発想は、課税によるタバコの価格の引上げやアルコール飲料の販売禁止によって、喫煙や飲酒を抑制するような外部的な管理とは対照的なものである。

自己管理が楽観的でなまぬるい方法であることは事実であるが、それ以外に方法がなく自己管理のみが有効な場合が少なくないことも認識しなければならない。肥満やアルコール症のなかでも、入院に至るほどの重症ではない患者に対して、通院治療を行なう場合には自己管理が必要である。退院後の再発防止策としても有効である。慢性疾患の患者に対する医師の処方箋を、患者が忠実に実行するかどうかという問題 (compliance or adherence to medical regimen) もある。医師の指示が適切であったとしても、患者がそれを実行しなければ意味がない。医療指示が論理的に正しいとしても、実行不可能なものであってはならない。自己管理は、このような問題領域の中から開発されてきた技法である。

(2) 一般的手順 自己管理の技法は、第一に観察あるいは自己点検 (self-monitoring)、第二に環境の調整、

第三に行動の修正から成っている。第一の自己点検とは次のようなものである。たとえば、喫煙者は喫煙するごとにその時刻、場所、まわりの雰囲気、自分の気分を記録する。起床時にベッドで吸ったとか、食後に吸ったとか、初対面の人に会って緊張して吸った、というようなのである。このことは、彼自身の行動に対する自覚をうながすだけでなく、治療者には問題対処のための情報を提供する。

第二の環境調整の段階では、問題行動を生じさせる外部条件を限定する。タバコは一日二〇本とか、食料品を冷蔵庫に過度に貯蔵しないという約束が治療者との間でなされる。第三の行動修正では、起床とその後の喫煙の間隔を長くするとか、食事の時刻、回数、場所を一定にするというような約束が治療者との間にかわされる。以上の各段階において、成功例に対しては必ず強化が与えられる。治療開始時にあらかじめ患者から三〇〇ドル預かっておく。行動記録が完全なとき、酒の匂いをさせないで治療に来たとき、計画の行動を実行したとき、完了後の追跡プログラムに参加したときにそのつど返金される。治療が途中で失敗すると残りの金は返されない。

肥満、喫煙、飲酒の対策はそれぞれ独自の方法的伝統をもっている。自己管理のような行動医学的方法の開発によって、従来の個別的な諸方法を共通の理論的枠組の中に位置づけることができる。このように方法が体系化されると、別の新しい問題領域への適用が容易になるであろう。

(三) 適用例

(1) てんかんのような純粹に医学的な疾患を行動論的に再構成して、治療を行なった例がある。^(四,五) てんかんには、発作前症状として頭痛、耳鳴り、局所的なけいれんが伴う。これらすべてを含む全体を一つの行動連鎖とみなして、大発作をこの後半部のリンクとして位置づける。治療の最終的な目標はもちろん大発作を起こさせないこ

とである。しかしそれには直接には関わらずに、行動連鎖の前半部を構成する頭痛や耳鳴りを随伴性管理によって中断した。これによって後半部の発作の頻度を六〇%減少させることができた。このような行動的方法は、てんかんの副次的な治療法として有効であると報告されている。

(2) ヘロイン、タバコ、酒などの薬物乱用 (substance abuse) では治療完了後の再発が大きな問題である。最近一〇年間のデータによると、治療が成功したとみなされた者のうち、七〇%から七五%が一二月以内に元に戻っている。行動的な治療法の進歩によって、これがいくらか減少したのであるが、五〇%近辺に新たな漸近線が生じた。これを突破するために多くの試みがある。^(五)

(3) アルコール症の再発についての研究の中に次のようなものがある。^(五六) 治療終結時に、酒の匂いに対して瞳孔の膨張を示した患者は、そうでない患者よりも三ヶ月以内に再発する可能性が有意に高い。酒がそこになくともそのラベルに対して同様の生理的反応を示す患者についても同じことが言える。酒を見たり匂いをかいだとき、アルコール症者は対照群よりも唾液分泌と「飲みたい」という言語報告が有意に多いが、心拍数と皮膚電気反射では有意差はなかった。

以上のような報告は、飲酒という問題行動そのものを標的にするのではない。むしろ修正すべき行動の周辺部の現象に着目して、その部分を対照群と同程度にして、問題行動との関係を断つことを目的とする研究である。これは、問題行動の周辺部にある微細な生理反応を修正する方法と言ってもよいし、行動修正ではなくむしろ知覚や認知を修正 (modifying cognitions) することによって再発を防止する試みと言ってもよい。^(五)

(4) 行動医学の適用領域は多岐にわたっている。各著書^(七)において対象となっていている問題はそれぞれ次のようである。ウィリアムズとジェントリーの著書には、気管支喘息、不眠症、頭痛、A型行動様式、不整脈、肥満、喫煙、

本態性高血圧症、排尿障害、糞失禁、慢性疼痛、アルコール症、医療指示に対する不服従、などがある。臨床心理学専門誌の特集号では、喫煙、肥満、高血圧、頭痛、不眠症、慢性疼痛、喘息、レイノー病、A型行動、長期医療指示の実行、胃腸障害、関節炎、糖尿病、癌治療における化学療法への嫌悪反応、がとりあげられている。ポーマローとブラディの著書は、行動小児科学、慢性疼痛、節骨格系およびストレス関連の障害、性的機能不全、高血圧、アルコール症、肥満、であった。

- (一) Wolpe, J. *The practice of behavior therapy*. Pergamon, 1969. 内山喜久雄(監訳)『行動療法の実際』。黎明書房、一九七一年。Eysenck, H. J. *Behaviour therapy and the neuroses*. Pergamon, 1960. 異常行動研究会(訳)『行動療法と神経症』。誠信書房、一九七〇年。
- (二) Mahoney, M. J. & Thoresen, C. *Self control: Power to the person*. Brooks-Cole, 1974. Mahoney, M. J. & Arnkoff, D. B. *Self-management*. In: Pomerleau & Brady 前掲書 [第一節(五)] Chapter 4.
- (三) Pomerleau & Brady 前掲論文 [第一節(五)]。
- (四) Zlutnik, S., Mayville, W., & Moffat, S. *Modification of seizure disorders: The interruption of behavioral chains*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 1—12, 1975.
- (五) Pomerleau 前掲論文 [第一節(一四)]。
- (六) Chaney, E. F., O'Leary, M., & Marlatt, G. A. *Skill training with alcoholics*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092—1104, 1978.
- (七) 前掲書 [第一節(一五' 一一)]。

三 行動医学の関連分野

行動医学に関連する心身医学、医学心理学、健康心理学について述べる。これらの分野と行動医学との関係は、心理学と社会学、解剖学と生理学のように相互に隣接して補完し合う関係ではない。理論面では、同じ問題に対して異なる視点をとる点において、その関係は相補的ではなくむしろ排他的な傾向がある。職業面では領域の名称が重要な意味をもつ。また、概念はそれぞれ固有の歴史をもつのであるから、一方を他方で代用することには慎重でなくてはならない。

(一) 心身医学

(1) 心身医学 (psychosomatic medicine) を、行動医学の観点から定義すると次のようになる。「心身医学は、疾病における心理社会的変数と生理的変数の相互作用に関する広い関心領域であって、特定の方法は持っていない。歴史的にはフロイトとアレグザンダーに多くを負い、最近では精神生理学的研究によって特徴づけられる。疾病の原因論 (etiology and the pathogenesis) に重点がおかれる。」⁽¹⁾ 以上の定義は好意的なものではないが、事実には正確に記している。序論で述べたように、心身医学と行動医学を同一視することはできない。ここでは、第一に両者の基本にある理論面の相違、第二に重点が病因論にあるか治療方法にあるかに着目して、行動医学を心身医学と対比する。

(2) 心身医学の歴史は、リポウスキー⁽²⁾に従えば次のように要約される。

心身医学にはきわめて古い歴史があり、紀元前のギリシャの医術と思想に源をもつ。その後、一八世紀のオランダの医学者の記した文章の中に、健康な体が病気になる病んだ体が回復する原因はしばしば心にある、という表現が見出される。一九世紀の後半にこの種の文献が体系的に収集されたが、この時代は精神と身体の問題を扱うには不適當な風潮があつて、それ以上の展開がなかつた。一九二〇年代になると、民間医療を背景にしてこれが再び出現して、次の二つの方向が体系化された。

その一つは、フロイトの精神分析を基本にした体系化である。アレグザンダーは、無意識の中の葛藤やそれに関連する感情が身体疾患に影響を及ぼすと考えた。その例として、気管支喘息、潰瘍性大腸炎、甲状腺中毒症、本態性高血圧症、リウマチ性関節炎、神経皮膚炎、そして消化性潰瘍をあげている。しかしながら、この定式には明白な欠点があつた。つまり、葛藤と喘息という非常に異質な水準の変数を因果的に結びつけ、その中間に介在すべき精神生理学的過程を考慮しなかつたことである。しかしこれは通俗的には受け入れやすい考え方であつたために、無定見な信奉者たちは、心身症に分類される疾病の患者すべてに、この因果論を無原則に適用した。こうして、精神分析的な心身医学は一九五五年頃を境目にして後退をはじめた。

もう一つの心身医学の方向づけは、すでに述べた系統ほど知られていない地味なものであるが、二〇年間にわたつてコーネル大学で続いた研究にみられる。この方向づけの特徴は、精神分析のように無意識過程を重視するのではなく、容易に抽出可能な心理的要因に着目することにあつた。心理的ストレスと身体疾患の間に介在する精神的メカニズムについての実験も行なっている。この方向づけの方が最近の心身医学の基礎となつている、とリポウスキーは述べている。

(3) 精神と身体を因果関係によって説明することは、アレグザンダーが考えたほど容易ではなく、疾患によって

それが可能なものと困難なものがある。

フラストレーションが胃液分泌を増加させることはよく知られている。もともと胃酸の度合の高い人が長期間にわたってフラストレーション状態におかれると、最後には胃や十二指腸に潰瘍が形成される。もちろん、潰瘍発生に際しては多様な因子が複雑に相互作用することは考慮しなければならない。しかも、他の因子が潰瘍発生の条件を十分作っていたとしても、フラストレーションが一定水準に達しなければ潰瘍が生じない可能性もある。このとき、消化性潰瘍は心身症の一例と考えることができる。^(三)

これとは対照的に、アレグザンダーが消化性潰瘍と共に心身症とみなした気管支喘息の場合には、心理社会的因子と身体症状の関係を証明することは非常にむずかしい。多くの研究者が、喘息患者に特有の人格特性を見出そうと試みてきた。たとえば、喘息患者は健常者よりも依存性が強く過敏である、という具合である。しかし、これを他の慢性患者と比較すると両者には差がみとめられないとするならば、この人格特性は喘息に特有のものではなく、慢性疾患全体に共通するものと考えねばならなくなる。このとき、人格特性が喘息の原因とみなすことはできず、むしろ喘息のために小さい頃から窓越しに他の子供が遊ぶ姿を眺めながら闘病生活を続けてきた結果として形成されたと考えられる。喘息を除去するために人格修正のカウンセリングをしたり、家族関係の調整を試みるのは、この場合には意味がない。さらには、これによって患者とその家族に自信を失わせたり、原因を心理過程にもとめてその基礎となる生理過程を軽視することがあるならば、この方法はむしろ有害となる可能性がある。^(三)

たしかに、疾病の原因を究明することは、治療法の開発に必要なことであろう。しかし心身医学では原因と結果の水準の距離が大きく、その中間の生理過程を明示できないことがある。このとき、因果関係の説明は直接的ではなく象徴的になされる傾向がある。これは科学の原則にもとるものであって、「意図は正しいが定義が誤まったヒ

「ユーマニズムにすぎない」^(四)という酷評もなされるのである。

以上のように、原因論がその体系の中で中心的な位置を占める心身医学とは対照的に、行動医学においては行動の遠い源についての議論はない。心身医学が人格と疾病の因果関係を重視するのに対して、行動医学は同一の人格から出た一連の行動の間の共起関係、相関関係に着目する。学習理論の概念によって表現すれば、行動医学は刺激と反応の関係よりも反応と反応の関係を重視すると言ってよい。一定の問題行動と、それと共起する他の行動との関係が考察されるのであって、これを引起す心理体験は重視されない。肥満を例にとれば、カロリーの摂取量だけでなく、食事の時刻、回数、場所から、はしを使うテンポや買物まで食行動全般が分析対象となる。これらの行動を肥満の関連要因とみなしていることは事実であるが、その関係づけは直接的であって、間接的象徴的な説明とは全く異質なものである。

(4) 心身医学は具体的な治療法を持たない、という評価があることには既に言及した。原則的に考えるなら標準的な精神分析では原因の分析過程そのものが治療過程であるから、方法の欠如を批判するのは論理的に誤りである。とはいえ、純粹の精神分析によるのは現実的ではないから、心理療法やカウンセリングが実施される。こうして、多様な疾患に対して一様な心理療法が適用されることになり、特定の疾患に対して特定の治療が展開されるわけではない。

心身医学はこの欠点を補うために、バイオフィードバック、リラクセーション技法、行動療法などを採用してきた。統一的な原理にもとづいて多様な方法が展開されるのではなく、相互に異質な方法群を折衷的に構成する点が心身医学の特色であると考えられる。行動療法は、心身医学が日本に導入された時に、その有力な治療法として紹介されている。^(五)アメリカでも、心身医学者リポウスキーが行動療法から行動医学への展開を次のように肯定的に評

価している。^(六)

「過去一〇年間の最も顕著な発展の一つは、行動、態度、および情緒反応の修正を目的とした治療法を、身体疾患に適用したことである。この領域の進歩は、精神薬理学と行動修正の発展の結果である。学習理論に刺激されて、バイオフィードバック、行動修正、および様々なリラクゼーション技法が治療面に大きな展望を開いた。この基礎的研究が臨床応用に結びついた速さは、心身医学の基本的な仮定が暗黙のうちには是認されたことを反映している。」

行動医学の成立によって心身医学の理論が正当化されると考えることも可能であるが、その反面、心身医学が独自の方法を展開できなかったこともあらわしている。両者の関係を考えると、心身医学は行動医学を必要とするが、行動医学は心身医学なしでも成立可能であるといえよう。

(二) 医学心理学

(1) 医学心理学 (medical psychology) は、古くから使われてきた名称であるが、^(七)一般には知られていなかった。しかし、医学と心理学の関係が多様になるにつれて、最近の文献の中に見られるようになった。

もともと医学心理学は統一的な定義を持たない多義的な概念であり、国によってその意味が異なっていた。イギリスでは、医学心理学は精神障害の診療つまり精神医学 (psychiatry) とほぼ同義^(八)であり、「医学における心理学」というニュアンスで使われる。イギリスで出版された医学心理学の文献を見れば、このことは容易に理解できる。^(九)これは専門体系としては精神医学に属しており、心理学の体系とは異質である。

ドイツでは医学心理学 (medizinische Psychologie) とは、医学教育要項における必修科目^(八)を指す。それは心理

学の知識を医学生に伝達するためのものであり、「医師のための心理学 (Psychologie für Mediziner)」という程度である。その内容におおむね日本の医科大学の一般教育の心理学概論に類似する。したがって、ここでの医学心理学は心理学とほぼ同義であって、心理学の中で独自の課題領域をもつ専門分野を指す概念ではない。ドイツでは医学心理学はカリキュラム上の概念にすぎない。

アメリカの医学心理学は、病院内での心理学の業務、医学部の中の心理学の部門を指す組織上の概念であった。たとえば、大学ではアーツ・アンド・サイエンシズの心理学科と区別するために、医学部の中の心理学が「医学心理学」と標榜されることがある。⁽¹⁰⁾ 医学部に所属する以上、医学と隣接する領域に重点があるのは当然であるが、医学自体が幅広い領域であるために、重点のおき方によって医学心理学という同一の名称が異なる専門領域を指すことになる。アメリカの医学心理学もまた特定の専門分野をあらわさない。

これと同様の事情は他の概念にもある。⁽¹¹⁾ たとえば、臨床心理学、カウンセリング心理学、学校心理学は一見したところ相互に異なる専門分野のようであるが、その内容は重複しており、専門分野として画然と区別することはできない。異なる点は、それが実施される場所や組織であり、所属組織によって業務内容が定義されるのである。内科医はどの組織に所属しても内科医であるが、心理学は所属によって名称が変る。これと同様に、医学心理学の名称も、職業としての心理学の過渡的な状況を反映して使われてきたと考えられる。

(2) 従来多義的であった医学心理学の名称が近年再び使用されるようになった。医学に対する心理学の関わりが精神衛生面に限定されている場合には、臨床心理学という名称だけで事足りていた。臨床心理学は、その表現としては臨床領域全般に関わるという意味であるが、現実には精神障害に対する心理検査と心理療法の実施に限定されていた。精神面に関わる臨床心理学に対して、医学心理学は身体面に関わる専門領域の名称として再登場したと考

えられる。いずれにせよ、多くの名称が錯綜しているのは好ましいことではないから、独自の知識体系と介入方法によって領域を機能的に再編成する必要があると思われる^(二二)。

医学心理学の最近の定義は次のとおりである^(二三)。「医学心理学は、個人、集団およびシステムの水準における身体面の健康、疾病および治療のすべての側面の心理学的原因に関する学である。この領域はいかなる方向からの思考法も許容しており、特定の理論志向をもたない。その下位分野としては、心身論 (psychosomatics)、身体心理学 (somatopsychology)、行動医学、および保健研究 (health care studies) がある。」

行動医学が行動理論という特定の理論志向を強調するのに対して、医学心理学はきわめて幅広く心身論や行動医学まで含んでいる。特定の観点到に片寄らないことは、排他的でないという長所をもつ反面、新たな知識と技術を発展させるための基盤と方向づけが不明確であるという短所があることは否定できない。

(三) 健康心理学

健康心理学 (health psychology) はきわめて新しい名称である。これは、一九七九年に出版された著書名^(二四)として最初に世に出ている。用語面では予防面に重点があるかのようなのであるが、専門内容としては、その目標設定、範囲など多くの点で行動医学と類似している。

まず用語法の由来を考えてみよう。健康心理学 (health psychology) は、医学心理学 (medical psychology) に代る名称であろう。行動保健 (behavioral health)^(二五)は、行動医学 (behavioral medicine) に代るものか、精神衛生 (mental health) に代るものであろう。いずれもメディスン、メディカルの表現を避けてヘルスを強調している。この理由としては次の二つが考えられる。

第一は理論的な理由である。行動医学は、医学に関連する学際的特徴を前面に出す。これに対して健康心理学は、医学からの独自性を強調する。メディカルという表現を認めることは、病理学的側面を重視する生物医学的な疾病モデルを受容することにつながる。これは行動論的な理論構成とは調和しないのであって、ビヘイビオラ的な概念が重要であるならば、メディカルの概念は使うべきではない、という論理であると思われる。

第二は職業活動面の理由である。医療における専門家の役割や治療上の責任など資格制度に関わる問題では、名称が大きな意味をもつ。健康心理学という名称は、この職業運動の中で成立したものと思われる。先に述べた理論の独自性を強調する考え方も、この運動から派生的に生じたものと推定される。ちなみに、健康心理学は、アメリカ心理学会の四二の部門の一つである。^(一五)この部門に所属して、自己の専門分野が健康心理学であると認識する正会員は二五〇〇人であり、中規模の部門である。なお、行動医学や医学心理学は、当然のことながら心理学の学会組織の部門としては存在しない。

行動医学の名称については、ドイツで次のような指摘がある。^(一六)行動医学 (Verhaltensmedizin) は、少なくともドイツ語の語感では、医学の原理と方法を行動の諸問題に適用する領域、という意味に受けとれる。しかし事実はその逆であって、心理学の原理と方法を医療の諸問題に適用することである。行動医学の課題領域は重要であるが、この名前だけは不幸なことだ、と言っている。以上の指摘は理論面に限定したものであるが、アメリカではこれを職業活動に結びつけて次のような指摘がされている。「器質 (organic)」や「身体 (Physical)」という表現はよいが、「医学 (medical)」という特定の職業を意味する用語は避けるべきである。したがって、行動医学は他の名称に変えなければならぬ。^(一七)という考え方である。

以上のような意見が強くなれば、行動医学や医学心理学に代って、行動保健^(一八)や健康心理学の名称が定着していく

可能性がある。しかしながら、この課題領域を職業面ではなく知識体系として考えるなら、「医学」を否定することとも、「行動」を消すことも、この領域の輪郭を不明瞭にする危険を伴うと考えられる。

- (一) Pomerleau & Brady 前掲論文〔第一節(五)〕。
- (二) Lipowski, Z. J. Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 134, 233—244, 1977.
- (三) Williams & Gentry 前掲書〔第一節(一)〕第二章「気管支喘息」。
- (四) “Confusion about the current state of psychosomatic medicine is widespread. Semantic ambiguities abound and impede meaningful communication. Old stereotypes and outdated viewpoints linger on. Some psychiatrists and other physicians view psychosomatic medicine as an improbable hybrid of clinical thinking, physiological speculation and psychoanalytic theory or as a doctrine of well-meaning but ill-defined humanism. These views betray deplorable ignorance of the current state of the field.” In: Lipowski 前掲論文(一) p. 233
- (五) 池見酉次郎・赤木稔『行動療法と心身症』。医歯薬出版、一九七一年。
- (六) Lipowski 前掲論文(一) pp. 241—242.
- (七) 我が国に紹介されたものは次のとおりである。Kretschmer, E. *Medizinische Psychologie*, Vierte Auflage. 1930. 正木正(譯)『醫學的心理學』。創文社、一九五三年。Zehnte Auflage. Georg Thieme, 1949. 西丸四方・高橋義夫(譯)『醫學的心理學Ⅰ・Ⅱ』。みすず書房、一九五五年。ドイツの成層理論(Schichtenlehre)と類型論(Typenlehre)および性格学(Charakterologie, Charakterkunde)を中心とする。Zilborg, G. *A history of medical psychology*. Norton, 1941. 神谷美恵子(訳)『医学的心理学史』。みすず書房、一九五八年。近代精神医学に至るまでの精神衛生に関する歴史的人類学的考察が中心である。
- (八) Wittling, W. *Klinische Psychologie im Rahmen medizinischer Probleme und Institutionen*. In: Wittling (Hrsg.) *Handbuch der klinischen Psychologie*, Band 6: *Klinische Psychologie in Forschung und Praxis*, Kapitel 10. Hofmann und Campe, 1980.
- (九) Krauss, S. (Ed.) *Encyclopaedic handbook of medical psychology*. Butterworths, 1976. Rachman, S. (Ed.)

Contributions to medical psychology. Pergamon, 1977.

(10) *Graduate study in psychology and related fields*, APA (American Psychological Association), 1983 より採
録。 「医科心理科 (department of medical psychology)」の職務と、学科がある大学は次の二校である。一つは
Oregon Health Sciences University である。学科の発足は一九六一年で教育の重点は行動の生理学的・生化学的な基礎
科学の探求である。もう一つは、メリーランド州の Uniformed Services University of the Health Sciences である。
一九七五年に科長が退任したため、現在は健康心理科である。

(11) “Specialty areas in professional psychology should be redefined along functional lines. In the aftermath of
World War II, psychologists began to establish careers for themselves in increasing numbers in nonacademic
settings. As members of a young discipline, these early professionals were eager to establish a sense of
identity for themselves. Casting about for a means to describe the nature of their calling, they stumbled across
the obvious device of labeling their job function according to the work setting in which those functions were
carried out. Clinical, counseling, and school psychology derive simply from the names of organizational struc-
tures in which applied psychologists struggled to apply their new skills: clinics, counseling centers, and schools.
It should be apparent that there is much overlap in the functions performed by professional psychologists
in these three arenas. For example, we challenge the reader to give a meaningful and convincing explication
of the difference between *clinical* and *counseling* psychology. We believe that the time has come to break out
of thought patterns that accept definitions that have grown fortuitously during the years of our immaturity.
True specialties should not be distinguished from each other by the settings in which they are practiced. By
analogy, thoracic surgery, whether carried out near a battlefield, in a trauma unit, or in hospitals of different
sponsorships, is nevertheless still thoracic surgery. Specialties should be characterized largely by a unique
domain of knowledge, a set of paradigms, and the intervention strategies flowing from these.” In: Fox, R. E.,
Kovacs, A. L., & Graham, S. R. Proposals for a revolution in the preparation and regulation of profes-
sional psychologist. *American Psychologist*, 40, 1042—1050, 1985.

(11) Asken, M. J. Medical psychology: Toward definition, clarification and organization. *Professional Psycho-*

logy, 10, 66—73, 1979. Tuma, J. M. *Handbook for the practice of pediatric psychology*, p. 2. Wiley, 1982. 83

(111) Ston, G., Cohen, F., & Adler, N. (Eds.) *Health psychology: A handbook*. Jossey-Bass, 1979.

(112) Matarazzo, J. D. Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1—14, 1982.

(113) 学会組織として、この分野は一九七六年にアメリカ心理学会の第一八部門 (Psychologists in the Public Service) 中の健康研究セッションとして、一五〇人のメンバーで発足した。その後急速に成長して、一九七九年に第三八部門 (Health Psychology) として独立した。〔前掲論文、第一節(九)〕。

(114) „Wir sehen) eine Schwierigkeit des Terminus *Verhaltensmedizin* in seiner irreführenden sprachlichen Formulierung. Nach dem Sprachgefühl des Verfassers legt der Begriff, zumindest im deutschen Sprachgebrauch, die Annahme nahe, daß es sich dabei um eine Anwendung medizinischer Prinzipien und Methoden auf Verhaltensprobleme handelt, während in Wirklichkeit genau das Entgegengesetzte beabsichtigt ist, nämlich eine Anwendung psychologischer Prinzipien und Methoden auf medizinische Probleme. Allein schon aus diesem Grund halten wir die Verwendung des Terminus für eine unglückliche Erscheinung.“ In: Witting *症候群* S.349—350.

(115) “The same argument applies to the use of the words medicine and medical. To refer to a problem as *organic* or *physical*, instead of *medical*, does not signify the profession responsible for the prevention or treatment of the disorder. In this regard, I am very pleased to see the use of the phrase behavioral or psychological health beginning to supplant the phrase behavioral medicine, a term I feel unfortunate for the above stated reasons.” In: Groden, G. *Disciplined words. APA Monitor*, 16—12, p.5, 1985.

(116) 「行動保健」と題する約一三〇頁の次のような著書が出ている。この著書の構成が行動医学と異なる点は、歯科領域と事故対策を含むこと、治療よりは予防と健康促進およびその組織体制に言及している点にある。Matarazzo, J. D., Weiss, Sharlene M., Herd, J. A., Miller, N. E., & Weiss, S. M. (Eds.) *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Wiley, 1984.

四 行動医学の理論モデル

行動医学の理論モデルとしての生物心理社会モデル (biopsychosocial model) は、精神医学を含む医学全般の研究、教育、職業において支配的な地位を占めてきた生物医学モデル (biomedical model) と、精神衛生領域でしばしば主張される心理社会モデル (psychosocial model) の中間に立ち、両者の連携を保とうとして提出されたものである。^(一) このモデルは、分裂病など精神障害に対する妥当性が検討される一方で、糖尿病など慢性の身体疾患に對しても有効であると考えられている。

行動医学は多分野の複合的な役割が不可欠である。生物心理社会モデルを行動医学の基礎として位置づけて、これに科学哲学的な考察を加えた試みがある。^(二) これは試論的性格が強いものであるが、これによって行動医学の特徴がよく示されると思われるので、ここで論じることにする。

(一) 生物医学モデルと心理社会モデル

(1) 生物医学モデル このモデルは、医学モデル (medical model) とか、疾病モデル (disease model) という名前で呼ばれることもある。生物医学モデルは、医学の自然科学的側面を重視して、精神衛生領域では精神医学が医学の中の一分野であることを強調する。^(一) ここでは疾病は、既知もしくは未知の生物学的変数における一定の基準からの逸脱とみなされるから、疾病の心理社会的次元を考慮する余地は残されていない。行動は生物学的な概念で説明される。一見複雑な現象も、究極的には単純な基本原理から派生したものだと考えられる。生物医学モデル

は、科学哲学的には還元主義 (reductionism) の系譜に属する。

診療面では次のような発想をとる。医師は患者が知っている以上のことを知るができるから、医師の指示に患者が従うことが、患者の幸福につながる。これを達成するためには、入院治療が最良の方法である。患者が健康を回復することは比類なく重要な事柄であるから、患者が入院者という社会的役割を取得した結果、他の社会活動の中断を余儀なくされるといふような副次効果が問題にされることは少ない。

生物医学モデルによって、人類を長く苦しめてきた感染症に対する予防、診断、治療の体制が整えられ、その罹患率と死亡率は劇的に減少した。クレペリンに始まる自然科学的な精神医学は、精神疾患を身体疾患と同一のカテゴリーに包含することによって、精神障害者を呪術的魔術的世界から解放した。^(三) 現在でも、放置すれば生命にかかわる疾患については、生物医学モデルは依然として高い妥当性を維持している。

しかしながら、中軽度の精神障害や、単一原因を特定することができず多数の因子を考慮せざるをえない身体疾患や、完全に治癒 (cure) させることができず管理 (care) によってのみ比較的健康的な生活が送れるような疾患に対しては、生物医学モデルは適当ではない。このような疾患が感染症に代って主要な死因を構成していること、あるいは社会問題を引起していることが現代の大きな問題となっている。

(2) 心理社会モデル 疾病において心理社会的因子の果す役割を重視するいくつかの考え方を、心理社会モデルと呼んでおく。ただし、医学モデルのように確立した名称ではない。問題の性質上、精神衛生領域で主張されることが多く、身体医学の領域では少ない。学史的には、医学モデルの主唱者であるクレペリンの存命中から、この考え方がすでにあつたと言われる。^(三) しかし、医学モデルほどの体系性をもたないために、次のような異なる考え方が並存している。

第一は、理論よりはむしろ思想運動の傾向が強いものである。「反精神医学」や「精神疾患は神話である」^(四)という主張がこれに属する。この主張は主として精神医学の中から出ている。多くの精神障害は神経系の障害に還元することができない。その究極的な原因は患者をとりまく社会にある。したがって、社会を改革することこそが患者に幸福をもたらす、とみなされる。原因が患者の内部にあるのではなく外部にあると考える点で、この心理社会モデルは生物医学モデルと一見鋭く対立する。その反面、有力な単一因子の除去こそが唯一の問題解決策である、という思考様式は生物医学モデルと共通している。すなわち、その主張は革新的であるが、結論に至る思考過程は伝統的な理論的枠組の中にあることに注意しなければならない。

第二の考え方は、行動科学の側からなされるものであり、その職業運動の基礎となっている。これによれば、医学の理論的職業的管轄領域における精神衛生の位置を改めて検討し、行動科学の観点を加味して新しく再編成しなければならぬ。基礎的領域において生理学と心理学が役割分担するように、臨床的領域においても分担する必要がある。脳神経障害は神経科や内科が担当すべき領域であって、その一方で精神科は臨床医学の分野としては後退するという考え方である。^(五)精神医学が生物医学モデルに依拠する限り、この事態に至る可能性は現実にはないとし、でも論理的には皆無ではない。これを防ぐためには、従来のモデルに代る新たなモデルが必要となる。生物心理社会モデルを最初に提唱したのが精神医学者であったことはこの理由によるのである。

第三は、理論ではなく、現実の社会政策として実行された考え方である。一九六三年アメリカの大統領教書に始まった精神衛生体制の改革にこの発想が見出される。それ以前の精神衛生体制は、大規模な州立精神病院における入院治療が中心であった。これに代って、入院生活と実社会の生活との間に、デイホスピタルやナイトホスピタルなどの中間施設が設置されるようになった。さらに、精神衛生管理全体を有機的に結びつけてその連続性を保つた

めのネットワーク・システムとして、総合地域精神衛生センター (Comprehensive Community Mental Health Centers, CMHCs) が作られた^(六)。こうして、精神病院の入院患者をそれ以前の三分の一までに減少させることができた。地域精神衛生センターは、疾病の治癒を唯一の目的とするのではなく、その予防や社会復帰にも留意していること、疾患 (illness) だけでなく健康 (health) にも重点をおく点において、すでに心理社会モデルの段階に留まるものではなく、精神衛生領域における生物心理社会モデルの制度上の先駆的実行例として評価することができ^(七)るのではないかと思われる。

(二) 生物心理社会モデル

新しい学際領域としての行動医学は、それだけで孤立して出現したのではなく、広範囲なパラダイム変換の一部^(二)分として成立した。その徴候はすでに一九三二年の生理学者キャノンのホメオスターシス理論に見出される (エピソード、生物学的恒常性と社会的恒常性^(八))。ここではホメオスターシスを生物学的側面に限定せず、心理学や社会学を含む一般的な過程として把握しようとしている。一般システム理論 (general systems theory) の発展もこのような文脈の中にある。

基礎的領域では、既存の境界の動揺がすでに現実となっている。行動科学の中では異なる分野にまたがる社会人類学のような学際領域、生物医科学の中では生物物理学、さらには行動科学と生物医科学の間には行動神経学や社会生物学のような領域が成立している。臨床的領域において、従来の生物医学モデルと心理社会モデルに代って、生物心理社会モデルが出現するのはこのような背景においてである。行動医学は、研究、教育、職業面における生物心理社会モデルの妥当性を検証するのに適当な学際領域であるといえよう。

健康と疾病に関する生物心理社会モデルは、従来の他の理論的な枠組とは異なる。この相違を明確にするために、シュワーツ⁽¹⁾に従って、以下のような四種の思考法（形質論、機械論、脈絡論、組織体論）の科学哲学的分類を用いる。そして従来の思考法が前二者に属し、生物心理社会モデルに基づく行動医学は後二者の系統であることを述べる。

(1) 形質論 (Formistic) この思考法は本質的にカテゴリカルである。ある事象は一定のカテゴリに属し、かつ他のカテゴリに属さない。「あれかこれか (either-or) の二分法的な思考法がなされる。ある人間は病んでいるか健康か、疾病があるかないか、のように分類される。疾病の説明は、疾病のカテゴリの中に、その人間を全面的に包含させることによってなされる。もちろん、カテゴリカルな思考はすべての科学に必須であるが、これを強調する程度は分野によって異なる。医学においては、病理学が形質論的な分野の代表例である。心理学の中では、人格心理学あるいは性格学が最近に至るまで形質論であった。シュプランガー、ユング、クレッチマーの性格類型論がこの代表例である。

(2) 機械論 (Mechanistic) この思考法は本質的に、単一原因と単一結果 (single-cause, single-effect) の因果論である。ある事象は特異的な単一の原因の結果として生じる。特定の細菌が特定の疾病の原因であり、特定の生活経験が特定の問題を起こす、と説明される。原因の説明は、生物医学的であることもあり、行動論的であることもある。この両方に原因がありうるとしても、決定的な原因は特異的で単一 (specific and singular) でなければならぬ。たとえば、肺癌は特定の汚染物質によって引起されると説明され、決定的な汚染物質の探究が始められる。緊張性頭痛は特定のストレス強化歴が原因であるとみなされる。

もちろん、この思考法はすべての科学に共通する。しかし、それを強調する程度は分野によって異なる。医学で

は内科学がこの思考法を強調する。一見全体論的に見える心身医学における疾病の心理ストレス原因説もこの思考法である。精神疾患の社会原因説もこの系統に属すると考えられる。心理学では、初期の行動主義運動がそうであった。行動の学習において刺激と強化が果す役割についての数多くの分析の実験が、この代表例である。

(3) 脈絡論 (Contextual) この思考法は本質的に関係論的 (relational) である。単一カテゴリーで説明せず、何事を説明するにせよ、二つ以上の方法を考える。自然界の現象は、それが存在する脈絡と観察の脈絡の双方に依存する。すべての現象は複合的な原因によって生じるのであり、単一の原因に帰することはできない。以上の思考法は、形質論と機械論が主流を占める西洋の医科学では支配的にはならなかった。これとは対照的に、東洋思想ではこれが優勢であった。脈絡論的思考あるいは関係論的思考は、物理学に採用されて物理学者が世界を見る方法を劇的に変えた。

心理学ではこの思考法は比較的初期から有力であり、形質論や機械論の後の発展段階としてではなく、これと並行して存在していた。たとえば、知覚の成立に関するゲシュタルト心理学はその代表例であろう。人間の個性を「多様性の統一 (Vieleinheit)」として把握する考え方もこの系統に属すると考えられる。

形質論的思考は機械論的思考にとって必須であり、すでにこの中に内在している。これと同様に脈絡論的思考は、次に述べる組織体的システムの思考にとって必須であり、すでにその中に内在している。

(4) 組織体論 (Organistic)^(九) この思考は本質的に相互作用論的 (interactive) である。一定の事象は多様な原因の相互作用の結果として生じる。複数の原因の結びつきによって、新しい「全体 (wholes)」が作りだされる。組織体論的思考は全体論的 (wholistic, holistic) 思考である。この思考法の真髄は、一つの全体としてのシステムが、その下位にある諸システムの力動的な相互作用から生じると共に、上位システムである環境との相互作用か

らも生じる、ということにある。

医学の領域における組織体論的思考の例としては、特定の疾病（症状群）は、特定の環境ストレス因（細菌を含む）と当該の生体（遺伝および経験歴を含む）との複雑な相互作用の結果と考える場合があげられる。生物学的ストレス因と行動的ストレス因はつねに相互作用して、特定の個人に特定の症状群を作り出すであろう。心理的ストレス因が身体的ストレス因に対する感受性を増大させると共に、身体的ストレス因が心理的ストレス因への感受性を増大させることもありうる。この二つの因子の設定は正しいが、一方の因子だけでは不十分である。このように、システムの思考は、「あれかこれか」の思考ではない。それは「そして」の思考と表現できるし、「パターン」の思考と言うこともできる。

形質論や機械論の思考法を「分析的 (analytic)」とするならば、組織体論は「システムの (systemic)」である。前者が「還元的 (reductionistic)」であるなら、後者は「合成的 (synthetic)」である。一方が「系列的 (serial)」なら、他方は「並立的 (parallel)」であると言えよう。表一は、ディロズネー (deRosney, J.) およびシュワーツ⁽¹¹⁾による分析的方法とシステム的方法の比較である。

多くの変数間の相互作用が重要であるということが、生物心理社会モデルの大前提である。それは、個人内部の相互作用、個人と環境の間の相互作用の重要性だけを指すのではなく、それに対処する複数の治療方法の間の相互作用や同時作用 (synergistic effects) も含まれている。生物学的方法と心理学的方法が同時併用され、時には有益な時には有害に相互作用するであろう。薬物と薬物の併用だけではなく、薬物療法と行動療法の併用がもたらす効果についての研究が必要であろう。

表一 分析的方法とシステム的方法の比較

	分析的	システムの
(1)	諸要素を分離した後、総合する	諸要素間の相互作用を統一する
(2)	相互作用の本質を研究する	相互作用の効果を研究する
(3)	細部の精密性を強調する	全体的な知覚を強調する
(4)	一度に一つの変数を調整する	同時に一群の変数を調整する
(5)	時間の経過を除外し、当該現象は可逆的とする	時間の経過と非可逆性を統合する
(6)	一理論体系内での実験的証明による事実の検証	モデルの行動と現実との比較による事実の検証
(7)	精密であるが現実には有効ではないモデル(例、計量経済モデル)	厳密ではないが現実の決定と行為に有効なモデル(例、ローマクラブのモデル)
(8)	相互作用が線形で弱い場合に有効	相互作用が非線形で強い場合に有効
(9)	特定分野を指向する教育に適する	多分野指向的な教育に適する
(10)	細部までプログラムされた行為に適する	目標に応じて変わる行動に適する
(11)	細部の知識は豊富だが目標の定義が貧弱	目標の定義はあるが細部がぼやける

(1) Engel, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129—136, 1977.

(11) Schwartz, G. E. Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 1040—1053, 1982.

- (三) Korchin, S. J. *Modern clinical Psychology: Principles of intervention in the clinic and community*. Basic Books, 1976. 村瀬孝雄 (監訳) 『現代臨床心理学』。弘文堂、一九八〇年。
- (四) Szasz, T. S. *The myth of mental illness*. Harper & Row, 1961. 河合洋 (他訳) 『精神医学の神話』。岩崎学術出版、一九七五年。
- (五) Cattell, R. B. Let's end the duel. *American Psychologist*, 38, 769—776, 1983.
- (六) Clark, D. W. Mental health services. In: Clark & MacMahon 前掲書 [第1節 (100)] Chapter 43.
- (七) オランダでは一九八二年に効力を生じた「医療施設法」によって、精神医療 (geestelijke gezondheidszorg, geistige Gesundheitszorge, mental health care) 面での改革が行われた。これによって「アメリカの CMHCs に相当する」思われる「地域外来精神医療機構 (Regionale Institute für die Ambulante Geistige Gesundheitszorge, RIAGGs)」が作られている。In: Psychosoziale Versorgung in den Niederlanden. *Psychologie Heute*, 13—2, S. 66, 1986.
- (八) Cannon, W. B. *The wisdom of the body*. Norton, 1932. 館隣・館澄江 (訳) 『からだの知恵』。講談社学術文庫、一九八一年。
- (九) *Organismic* には他に「生体論」「有機体論」という訳語もある。類語には *organismic* という表現がある (Werner, H. & Kaplan, B. *Symbol formation: An organismic-developmental approach to language and the expression of thought*. Wiley, 1963. 柿崎祐一 (監訳) 『シンボルの形成』。ミネルヴァ書房、一九七四年)。生体や有機体という用語は、対象が文字通り生物である場合に適切である。あるいは、非生物的对象 (例、国家や社会) でも、その内部要素が相互に密接に関連をもつ場合には、これを比喩的に有機体とみなすことができよう。しかしながら、この文脈では、健康と疾病の問題が *organismic* であるだけでなく、それに対処する方法も *organismic* でなければならぬ、という論理が貫かれている。対象そのものがシステムであると共に、これに関わる研究や教育、診療や予防もシステムのであるべきだとするならば、*organismic* は対象だけでなく方法まで含むのであるから、「生体」よりは「組織体」の表現の方が適切だと考えた。

五 おわりに

多数の因子の存在とその相互作用を重視する思考法が、他の思考法よりも高い水準のものであるということも多くの人々が認めているわけではない。患者の全人性を重視する心身医学の発想は、むしろ近代医学の成立以前の一般通念でもあった。全体性心理学や個性心理学は、分析的な実験心理学をつねに批判してきた。その中には適切な批判があったとしても、決定的な欠点は問題解決のための方法を持たないことであった。統計学においては、多変量解析が一変量の統計学よりも進歩した方法であることは明らかであるが、変量間の相互作用をどのように処理すべきかについて明確な指針を持っているとは言えない。

生物医学科学に対する行動医学、生物医学モデルに対する生物心理社会モデル(二)の関係についても同様の問題点を指摘できるのである。しかしながら、従来の考え方が複合的な方法を軽視してきたことは事実である。多くの科学者は、あたかも貴金属の鉱脈を掘り当てようとするかのように、決定的な原因の追求に過度に熱中して、周辺の重要度の低いものには注意を払わない傾向があったことは否定できない。行動療法や行動医学は、当該問題の周辺部にある一見重要ではない諸因子に着目して、データを集積すると共にその体系化を試みている。問題が単一因子ではなく多因子から成る場合には、このような視点を無視することはできないであろう。行動医学の研究者でもあり臨床家でもあるポーマロー(三)は、行動医学の現状と方向を論じて次のように結んでいる。

行動医学は、以前には「アート・オブ・メディスン」と呼ばれた諸活動を再検証する文脈の中にある。自己管理やライフスタイル、治療の応諾、精神生理的失調の問題のどれを取っても困ったものばかりであり、その治療には

不満が残る。科学的な医学は、進歩した技術による器質的外科的介入を好んで、一定の疾患の処置では劇的な成功をおさめた。しかしそれには、行動と疾病の間の目立たない相互関係を最小限に見積るといふ犠牲が伴っている。行動医学は、健康と行動の問題に対処する技術を発展させることによって、人間生活の向上に寄与する機会を与えられた。その鍵は、環境に対する生物行動論的適応の研究の基礎に立って、合理的かつ効果的な治療法をいかに開発できるかにある。理論が必要なのは当然である。しかしそれは、開発されるべき方法を意識したものでなければならぬのである。

(一) 本論では引用するに至らなかったが、「生物心理社会的接近」と題する次のような著書がある。 Schneiderman, N.

& Tapp, J. T. *Behavioral medicine: The biopsychosocial approach*. Lawrence Erlbaum, 1985.

(二) Pomerleau 前掲論文〔第一節(一四)〕。

〔付記〕 筆者が研究副手として所属する岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座主任角田文男教授および教室員の方々には、文献抄読会などを通じて多くの示唆をいただいている。たとえば、本論で引用した Clark & MacMahon *Preventive and community medicine* は、抄読会で読んだものである。そのほか、会などにおける何げない発言も、非医学徒である筆者にとっては大いに参考になっている。ここに記して謝意を表す。