

sense of coherence に関する3つの問題点とその解決に向けて

—現在の到達点と課題の整理—

とがり たいすけ
○戸ヶ里 泰典 (放送大学)

【はじめに】

私が大学院に進学した 2001 年、健康生成論と sense of coherence (SOC)に関する理論書、アーン・アントノフスキーの「健康の謎を解く」(有信堂高文社刊)が翻訳、刊行された。そしてこの本は当時所属した東京大学大学院健康社会学教室(山崎研究室)の先輩院生達を中心となり「東京大学アントノフスキー研究会」を立ち上げて、勉強会を行い翻訳したものであった。しかしその時点では研究会自体も終了し、健康生成論や SOC を取り上げている先輩院生もいなかった。新入院生で研究素人の私から見ても、その時研究室内ではこの理論に関する研究関心はすでに退潮傾向?にあるようにみえたことをよく覚えている。

その原因として当時研究室では大きく分けて 3 つの問題点が指摘されていたと思う。一つは、健康生成モデルや SOC の理論は大変に素晴らしいがスケールがよろしくない、という点である。SOC スケールは semantic differential 法という、通常見るリッカート法とは異なる心理測度を用いている。また、忠実に和訳されているものの、現在過去未来の人生や生き方を問う抽象的な内容が多く、回答しやすいとは言えない点である。

二つ目が SOC は成人期前期で形成・発達がり止まり、それ以降は形成・発達しないという点である。対象者におけるストレス対処力である SOC を向上させようと思っても、青年期頃までに決まってしまうもので、向上が期待できないのであれば、この概念を扱っても仕方ないという指摘である。

三つ目が「何で SOC なのか」、その研究において SOC 概念を取り上げる理由がはっきりしない、という点である。SOC とは何かを追求する目的の

研究であったとしても、あるいは対象者の広義の QOL を追求する研究であえて SOC を取り上げ、他の変数との関連をみるのはなぜか。それがどんな示唆につながるのか、という点である。

これらの問題点については、一々尤もなことであると思われ、大学院に入学したもののとくに研究テーマが定まっていなかった私自身の研究的な関心を駆り立てるものでもあった。本報告においては、これらの問題点についてその後どの程度解決できたのか、今後の課題として残るものは何かについて整理していきたい。

【SOC スケールについて】

SOC スケールの項目内容については当時と変わらずに現在も使用されている。世界的にもこの尺度を用いた研究が増加の一途をたどっているということと、一度公表された尺度であることから、そうそう修正することが難しいことなどの理由による。逆に我々はこの尺度の Psychometric Property を確認する研究を行ない、一定の信頼性と妥当性を確認している。同時に尺度の標準化についても取り組んでいる。

他方29項目あるいは13項目の分量は調査票作成上、あるいは回答負担の面で支障があるという指摘もあった。これについては、3項目の簡易版のスケールの開発を行ってきた。

【SOCの成人期成長停止説について】

アントノフスキーによるSOCの成長停止仮説に対する誤解の解消が行われてきた。すなわち成人前期でSOCが「固定化」するという説は、SOCが脆さを克服し強さを手に入れたということ、その確信の度合いが高まった、ということ

を意味すると考えることができる。つまり、成人期後半以降になるとSOCは、わずかな変化や出来事によって急激に変動する脆さはなくなり、安定化がみられるという解釈である。その一方で、成人期以降においても高齢期に至るまで、緩やかに成長が続くという可能性が示されてきている。ただしこの論はまだ十分に検証されておらず世界的にもコンセンサスは得られていない点には注意が必要である。

実際に我々は成人労働者を対象として、心理社会的職場環境とその肯定的変化の知覚がSOCの向上をもたらしているという実証研究結果を得ることができた。また、健康生成モデルを理論的背景にし、SOCをアウトカム指標の一つに位置づけた健康生成論的アプローチによる介入研究の取り組みも見られるようになってきている。

【SOCを研究の内に取り上げる意義】

ここには2つの問題が含まれており、類似概念が多々ある中あえてSOCを選択することの意義という側面と、研究において何を意図してSOCを用いるのかの整理が必要という側面とに分けられる。

前者については、類似概念とされる、たとえばhardiness、一般性自己効力感、sense of mastery、optimismといったポジティブ心理学概念との異同の整理が必要である。ポジティブな心理的側面をとらえ、ストレス対処機能を持つという点では共通しているといえる。ただし先の諸概念は自己の内面における能力で、いわば個人主義的背景を持っており、自己の内面と環境との両者に通じた感覚であるSOCとは一線を画すとも言われている。

後者については、SOCは高ければ良いのか、という疑問点が内包されているようにも思わ

れる。SOCは目の前にある壁を挑戦ととらえ、世の中が安定していて先行きを見通せる感覚をもつと同時に、周囲の資源をストレス対処時に動員・活用できる自信がある感覚でもある。極度に高いSOCを有する人は周囲からすると愉快的気分にはさせない人である可能性もある。実際に「固いSOC」とも呼ばれ、必ずしも良好な機能を示さないとも言われている。

ただし、少なくとも低いSOCを有する人は、資源の動員をはじめストレス対処がうまくいかず、SOC自体もダメージを受けるなど負のスパイラルに陥る可能性もあり、無視できない状況といえよう。逆に入院患者や障害をもつ人などストレスフルな状況にある低SOC者のストレス対処支援方策を模索することも必要と考えられる。こうした観点でのアプローチはいまだ行われておらず今後の課題である。

【終わりに】

これまで挙げた課題以外にも、SOCの機能に関する生理学的メカニズム、コホート研究によるSOCの生涯発達の検証など、基礎的な部分でいまだ課題は多い。また、最後に触れたSOCを研究の内に取り上げる意義についても、慎重である必要がある。SOCを扱う実証研究は国内外を通じて減じる傾向は見られていないがそれを理由に無条件に取り上げるのも安易であろう。私自身もこれを常に問いかけつつ研究を進めていきたい。

最後に大変にお世話になった山崎喜比古先生はじめ東京大学旧健康社会学教室関係の皆様にも心より御礼を申し上げます。

【略歴】

2008年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了
2008年 山口大学医学部衛生学教室助教、同講師
2011年 放送大学准教授