

マインドフルネスの促進困難への対応方法とは何か

What is How to Respond to Difficulties in Promoting Mindfulness

北川嘉野¹ 武藤 崇²

Kano KITAGAWA Takashi MUTO

要 約

近年、瞑想などを取り入れたマインドフルネスに基づく心理療法が注目されている。マインドフルネスとは「意図的に、いまこの瞬間に、判断することなく注意をむけること」と定義される。本稿ではマインドフルネスとはいったい何なのか概要を示し、実際のマインドフルネスを促進する技法、そしてその効果やメカニズム解明に関する研究を紹介した。最後に、臨床研究・基礎研究の現状を踏まえ、マインドフルネスの促進困難への対応の指針を提案した。

キーワード：マインドフルネス、マインドフルネストレーニング、瞑想、促進技法

1. はじめに

精神疾患の増加が社会問題となっている昨今、より効率的・効果的な心理療法のアプローチを探索し提案していくことが必要とされている。認知行動療法では、不合理な思考から生じる行動を同定して修正していく方法がこれまでの中心であったが、近年、ネガティブな認知を直接変化させようとはしない従来とは異なる心理的治療が注目を集めている。行動療法の第一世代（行動療法）、第二世代（認知行動療法）に続いて、近年の流れは第三世代と捉えられている。その中のキーワードのひとつであるマインドフルネスに注目する。

2. マインドフルネスとは何か

マインドフルネスとはパーリ語のサティ (Sati) という言葉の英訳である。この言葉のもとの意味は「心をとどめておくこと、あるいは心にとどめおかれた状態としての記憶、心にとどめたことを呼びさます想起のはたらき、心にとどめておかせた働きとしての注意力」であった。つまり、マインドフルネスとは新しい考え方ではない。もとは東洋において何世紀もの間、さまざまなメディテーション（瞑想）という形態で実践されてきた。多様なマインドフルネス・エクササイズに関しては、3000年の記録が存在しており、仏教的な瞑想に由来する。この瞑想法・概念と心理学の注意の焦点化理論を組み合わせ、Kabat-Zinn (1994) が臨床的な技法として体系化した。

¹ 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

² 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

心理療法におけるマインドフルネスの定義

マインドフルネスとは、「ある特定の方法で自分の体験に対して能動的に注意を向けること：意図的に、いまこの瞬間に、判断することなく注意をむけること」と定義されている (Kabat-Zinn, 1994)。注意を向ける事象に対して排除しようとしたり、評価することなく自分の体験を観察する方法を指す。さらに言えば、「すべてのことを迎え入れ、それをあるがままにしておく」ということである。実際に行動する前に、ある経験から提供されたすべての情報を取り込めるように、価値判断を保留にし、あるがままの現在を受け入れるという意味である (たとえ、それが恐怖や不安を喚起させるかもしれない状況であっても)。「今、ここ」に対して、未来のことや過去のことを考え続けることが抑えられており、注意や気づきといった認知機能が十分に働いている状態がマインドフルネスであるといえるだろう。

ここでは、ネガティブな感情や認知には直接働きかけず、呼吸や瞑想に対して能動的な注意を向ける。しかし、呼吸や瞑想に注意を向けている間にも、雑念が浮かぶ可能性は十分にある。上手く注意を向けられないことをきっかけに、ネガティブな思考が生じるかもしれない (例：どうしてこんな簡単なことも出来ないのだろう…)。このような状態に陥った際、その思考はそのままにしておき、再び呼吸や瞑想に注意を戻すことを繰り返すことによって、ネガティブな感情や認知を抑え込むこともなく、そこから距離を置くようになるのである。このように、客観的に思考・感情を捉える、自己の思考・感情に巻き込まれない、といった「距離をとる (distancing)」あるいは「脱中心化 (de-centaring)」を目的としており、抑うつ等につながるようなネガティブ思考からも距離を置くことができるようになることが期待される。

先述の「距離をとる」ということは、うつ病の認知療法の創始者としてしられる Beck (1986) も「自分が考えていることに自覚的になるプロセス」として挙げている。また、Beck のアプロー

チだけでなく、他の心理療法においても「距離をとる」という方法が使用されている。しかし、それは、思考を評価し、中断させるための最初のステップとして使用されているだけであり、その場合の「距離をとる」ということは、(1) 思考の論理的な矛盾を見つけ、(2) それを支持する新しいエビデンス (証拠) を探し、(3) 不安な思考を変化させる、ということである。一方で、ここで言うマインドフルネスにおける「距離をとる」ということは、「思考から何かを見るのではなく、思考そのものを見る」ということである。「意図的に注意を払う (観察する)」、「判断せずに」といったことがキーワードとなる。

マインドフルな“モード”について

先述したように、マインドフルネスとは、注意の操作と気づき、体験への関わり方の変化を含む。この意図的に反応している心理的モードは「あることモード (being mode)」と呼ばれ、その反対に自動的に反応している心理的モードは「することモード (doing mode)」と呼ばれている (Segal, Williams, & Teasdale, 2002)。

何か望ましくない問題が生じた時、「することモード」に入る。我々が「何が悪いのだろう？原因は？」と解き明かそうとし、考えることでそのような状況から抜け出そうと試みようとするのである。このような状況で我々が依存しているのが批判的思考、あるいは習慣的な反応である。この分析、価値判断、比較といったモードは、現状と理想としている状態とのギャップを埋めることが目的とされる。「することモード」が上手く機能しなかった場合、両者のギャップは残ったままとなる。習慣的な反応が上手くいっていないにもかかわらず、いったい何が悪かったのかを理解しようとし、同じように感じた過去の出来事を思い起こす。この過程で心に思い浮かべる過去の失敗の記憶や、不安に満ちた未来のイメージは気分を下降を導くだけでなく、現在の状況をより広い視野で眺めることができ

ず、非常に限られた情報のみしか使えない状況にさせている。このモードでは、望ましい状態と現在の状況のギャップに注意が向いており、ギャップがすぐに減少する方法が見つからない場合にも、考え続けてしまう。また、現在の気分で喚起されてしまったイメージから、自分が考えている望ましい状態と現在の状態を、必ずしも現実ではないのに、もはや現実であるかのように感じてしまうこともある。この「することモード」では、現在の状況、問題を特定し、解決することを優先し、「自分はどのようにしていつもこのような反応をしてしまうのだろうか?」「なぜ、もっと上手く物事に対応できないのだろうか?」「なぜ、私はこんな目に遭うのだろうか?」…といったことが自動的に頭を巡ることとなる。このような自己焦点型で、自己批判的な様子を我々はよく「病んでいる」と表現するかもしれない。心理学的に言えば、反芻と呼ばれる。過去や未来のネガティブなことが頭を巡った際、「助ける」ために浮上してくる「することモード」、それによって生じる反芻は、問題解決をすることも、心を落ち着かせるにも役に立たないことが明らかになっており、むしろネガティブな気分を強める結果となっている。反芻は問題の一部であって、解決の一部にはなっていないというのが現状である。このように、なにか問題が生じたとき、ネガティブな思考・感情が生じたときには、自然と「することモード」のスイッチが入ってしまうが、上手な対処法とはなり得ないことがわかっている。

次に、「あることモード (being mode)」である。「あることモード」は「存在モード」とも言える。ネガティブな気分、記憶、思考パターンが沸き起こっている際、それを扱う批判的思考の代わりに、気づき (awareness) と注意 (attention) が代替戦略となり得る (Brown & Ryan, 2003)。「あることモード」は何か特定のゴールや目標を決めることはない。これを決めると上述の「することモード」がゴールと現状とを比較・評価し、そのギャップを埋めようと発動することとなる。「あることモード」

では今ここにある現状の情報収集に注意を向けることができるようになる。また、「あることモード」では「今ここ」という時点に注意を向けている。思考や感情は望ましい状態へと変えなければならない対象である「することモード」と比べ、「あることモード」では思考や感情はただ、気づきの対象となり、変えるべきものではなく、ただ実際にあるがままの姿で物事を見て、ありのままに受け入れるものである。ただ心の中で生じた出来事とする点に「することモード」との差異がある。

ここで重要となるのが、「あることモード」と「することモード」の柔軟な切り替えである。この二つのどちらがより優れているというわけではない。例えば、「することモード」は日常における目標達成を助け、仕事に関する技術的な問題解決には非常に合理的な問題解決の方法を提供し、とても上手く機能することが考えられる。しかしながら、このモードで上手く問題に対処することができないと感じた場合には、モードを切り替えることが役立つだろう。「あることモード」が役立つ理由としては、第一に、自動的な反応である反芻とは異なり、実際に手に入る選択肢により気づくことができ、それらを意識しながら行動することができる。第二に、反芻するときには、我々の頭の中・心の中は直接の感覚的経験から隔たった思考や抽象的な事柄で占領され、過ぎ去った過去や未来の想像へと駆り立てることとなる。それとは対照に、「あることモード」では、現在の瞬間の経験に直接的に焦点を合わせることができる。このような点で「することモード」から「あることモード」へとシフトする練習が必要であると考えられる。そして、より広範で豊富な情報を得られる状態を作り出すことに、マインドフルネス訓練が効果的であることが考えられる。

思考を一過性の精神的出来事としてとらえる

思考は解釈や価値判断を含むが、解釈や価値判断はそれ自体が事実というわけではない。さらに付け加えれば、単なる思考である。自分の

思考や感情を心の中で行き来する経験として観察し、外を通り過ぎる車の音が過ぎ去るように、思い浮かんでくる思考は、しばらく留まってから自然に通り過ぎていく精神的出来事としてとらえることが役に立つ。その瞬間瞬間に思考や感情、音、目に見えるもの、味、触感等を一過性のメッセージとして扱うことが重要である (Segal, et al., 2002)。

3. マインドフルネスの促進技法

次に、実際のマインドフルネスを促進する技法はどのようなものか、例を挙げて見ていく。

(1) マインドフルネス・ストレス低減法 (MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction)

Kabat-Zinn, J. (1990) によって開発され、ストレス関連障害、慢性疼痛、高血圧、頭痛などの症状を改善するためのプログラムである。これは8週間のプログラムで各週のセッションは2時間半から3時間で、1つのクラスは30人程度の参加者で行われる。基本は瞑想であり、瞑想により瞬間瞬間に注意を集中し、意識的に「今」に注意を向ける態度を身につける。以下、具体的技法を挙げる。

① レーゼンエクササイズ

MBSR の最初に行われるプログラムである。まず、一粒のレーゼンを手のひらの上に置き、まるではじめてレーゼンを見るかのような心持ちで、じっくりと意識を集中しながら眺める。その後、手にとって触れた感じを、とにかく、ただ、観察する。さらに、なおに注意を払う。次に、口の中にレーゼンを入れ、舌の上において、転がしながら舌触りを確かめる。意識してゆっくりと噛み、味わい、少しずつ飲み込み、のどを通して、胃に落ちるまでの感覚にも意識を集中させる。

② 呼吸法

仰向けに寝るか椅子に座った状態で行う。腹式呼吸を行い、呼吸に注意を集中する。息が出

入りする際に起こる腹部の感覚のパターン (膨らんだりへこんだりする様子) の変化へ「気づき」を運ぶ。ここでは、呼吸をコントロールする必要はない。

③ 静座瞑想法

まずは自分の腹部と呼吸注意を向ける。ある程度の時間、呼吸に注意を集中できるようになれば、呼吸と体の一体感を意識し、全身にも意識を広げる。次の段階では、瞑想している間、音を聞くようにする。音を判断せず、ただ聞くことに集中する。加えて、浮かんでくる思考や感情に注意を向け、瞑想を行う。最後に、何にも注意を払わず、意識したものは全て受け入れ、あるがままの意識を観察する。

④ ボディスキャン

自分の身体の各部位に順番に、直接的・系統的に注意を向けていく。現在の瞬間において、身体により関心を向けて、多様な部位に注意をもたらす。身体の各部位に気づきを運ぶために呼吸を利用する。呼吸に合わせて、焦点を合わせている身体の部位を順番に直接的、経験的、系統的に感じることに、知ることをイメージしたり感じたりする。要は、ありのままの身体の状態に気づくことである。リラクセス状態を達成することが目的でないことに注意されたい。

⑤ ヨーガ瞑想法

様々なヨーガの姿勢をとりながら、呼吸とその時に生じる身体中の感覚に注意を集中しながら、一連の動作をゆっくりと行う。

⑥ 歩行瞑想法

歩きながら歩くことに注意を向ける。歩行中の足の動き、特に床や地面に足が接触する瞬間と関連する感覚刺激に注意を向ける。初めは、歩行の感覚刺激を十分に意識するため、普段より遅いペースで歩くことが求められる。

⑦ 日常瞑想訓練

何かしら毎日行う日課活動 (皿洗い、歯磨き、シャワーを浴びる、運転する等) を選び、意図的にその行動に注意を向け、その瞬間の思考や感覚に気づくようにする訓練である。

注意がそれてしまったら、そのことに気づき、

観察に戻る。身体的感覚が現れたならば、それらに気づき、観察に戻る。マインドフルネスの訓練では、自分がどのようにして観察することから気をそらしてしまったのかを描写する言葉を心の中、あるいは声に出して言うことがある。例えば、観察している中で、「考えている」「やめたい衝動」「退屈している」「膝の痛み」といったようにラベルを貼っていく (Baer, R. A., & Krietemeyer, 2006)。

(2) マインドフルネス認知療法

(MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy)

MBSR の技法と、認知療法の技法が組み合わさって開発された (Segal, et al., 2002)。寛解期のうつ病者を対象とし、週1回2時間、8週間のセッションから構成される。12人程度のクラスを上限とし、うつ病を予防するスキルを学ぶことを目的とする。

① 自動操縦状態に気づく

マインドフルネスという注意の向け方が体験の質を変化させることを体験する。レーズンエクササイズ、ボディスキャン、呼吸法が用いられる。

② うまくいかないとき

「することモード」から「あることモード」への切り替えを実習する。ボディスキャン、認知療法で使用される「嬉しいできごと日誌」、15分程度の静座瞑想が用いられる。

③ 呼吸へのマインドフルネス

意図的に呼吸に気づきを向けることに集中する。静座瞑想、3分間呼吸空間法、歩行瞑想、認知療法で使用される「嫌なできごと日誌」が用いられる。

④ 現在にとどまる

「現在」にとどまる方法、注意の焦点を狭めたり広めたりするスキルを学ぶ。5分間の「見る」あるいは「聴く」、静座瞑想、3分間呼吸空間法、認知療法で使用される「うつの具体的な症状の学習」が用いられる。

⑤ そのままでいる

ネガティブな感情、身体感覚、思考等をコントロールすることなく、気づきを向けて受容することを学ぶ。静座瞑想、3分間呼吸空間法が用いられる。

⑥ 思考は事実ではない

ただ単に「思考」として付き合うよう実習する。静座瞑想、3分間呼吸空間法が用いられる。

⑦ 自分を大切にする

活動と気分の関係を検討することや、再発の兆候に気づく。静座瞑想、全長リスト・活動リストの作成、歩行瞑想、3分間呼吸空間法が用いられる。

⑧ これからに活かす

今後も実践を続けていく理由やモチベーションを維持するための方法を探る。ボディスキャン、再発予防の行動計画の作成、静座瞑想が用いられる。

(3) 気づきの促進

ある単独の刺激に意識を集中するよう導かれる。この刺激は、時計のカチカチという音、瞑想用の鉦・叩き鐘、実施者が繰り返す音節などの聴覚的なものでよい。あるいは、視覚的なものでもよく、これはたとえばろうそくの火、ある物体、床のしみの一つに焦点を当てるといったことである。このような訓練では、刺激から注意が離れてしまったと気づいたら、すぐに刺激に注目を連れ戻すように指示される。さらには、環境に注意を集中させ、景色や音、匂い、質感といったものを観察する訓練もある。例えば、公園に散歩に行き、公園に注意を払いながらも、生じてくる思考や感情に対して、それらを変えようと試みたり、評価をしたりはせず、気づくといったことである。観察している間は、観察対象に関心を向け、オープンで受容的な態度を取るよう求められる (Baer, 2003)。

4. マインドフルネスの促進に関する 先行研究

MBCTの効果研究

MBCTの最初の臨床試験は、Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau (2000) によって実施された。この試験では過去にうつ病を2回以上経験している寛解期の個人を対象としている。参加者はそれまで受けてきた医療行為を継続する群 (TAU群) と、普通の医療行為に加えMBCTも受ける群とに振り分けられた。その結果、過去にエピソードを3回以上経験したことがある群では、1年間のエピソードの再発率が、MBCT群においてTAU群より低かった (40% vs. 66%)。しかし、過去にエピソードを2回しか経験していない群では、再発率に差が示されないという結果になった (56% vs. 31%)。うつ病エピソードを3回以上経験した群のみ、再発予防効果があるという結果は、Ma & Teasdales (2004) においても示されている。このような結果より、寛解期のうつ病患者に対する再発予防効果は、再発が1度ではなく何度も繰り返す重度の患者において確認されるということが明らかになっている。その理由についてはいまだ推測の域を出ないが、Segal, Teasdale, & Williams (2004) では、再発が重なる程環境要因の影響は弱く、内的要因の影響は強くなることから、内的処理プロセスの変容を目指すMBCTの効果は、再発を重ねた重度の患者程発揮されやすい可能性が指摘されている。

うつ病の再発予防効果のほかにも、MBCTは、うつ病の残遺症状の軽減 (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007), 治療抵抗性うつ病患者の症状改善 (Kenny & Williams, 2007), 寛解期にある双極性障害患者における症状の改善 (Williams, Alatiq, Crane, Barnhofer, Fennell, Duggan, Hopburn, & Goodwin, 2008), 自殺念慮を抱くうつ病患者の抑うつ傾向の緩和 (Barnhofer, Crane, Hargus, Amarasinghe, Winder, & Williams,

2009) などに対して効果を発揮することが示されている。MBCTはうつ病の再発予防を中核としながら徐々にその射程を広げており、双極性障害や治療抵抗性うつ病など、従来の心理療法では対処が難しかった対象に対しても治療の可能性を開いている (伊藤・長谷川・甲田, 2010)。

マインドフルネスの要素を含めた治療プログラムの効果研究

1980年代前半には既にマインドフルネス瞑想を心理療法に適用し効果を報告した文献が出ている (e.g., Kabat-Zinn, 1982)。また、本邦においてもマインドフルネス瞑想を用いた介入研究が行われている。

越川・島津・近藤 (2010) は、8週間のマインドフルネス諸技法 (具体的には、3分間呼吸法・レーズンエクササイズ・マインドフルネスウォーキング・立位ヨガ・ボディスキャン瞑想法・3分間呼吸空間法) を中核とするプログラムを開発し、少人数グループで実施するとともに、抑うつに対する効果を①気づき、受容、脱中心化の増加と抑うつには関連がある、②プログラムは、抑うつの低減、気づき、受容、脱中心化の増加に有効である、といった点を通して検討している。結果、脱中心化の増加を通して抑うつの低減に有効であることが示された。

伊藤・安藤・勝倉 (2009) では、一般成人に対し4週間の禅的瞑想を取り入れた集団トレーニングプログラムを作成し、訓練を行った。その結果、精神的健康における抑うつ傾向の軽減と、認知的側面においては思考抑制の減少、破局的思考緩和能力の向上、理性的思考と感情的思考のバランスの回復などの効果をもたらすことが示され、マインドフルネストレーニングの効果が実証された。

また、越川・山崎 (2008) では、歩行瞑想をさせ、その事前事後での抑うつ傾向を評定した。その結果、歩行瞑想群で有意に感情評定が肯定的に変化したことが示され、抑うつ傾向の減少に効果があることが確認された。

前川・越川 (2010) では、呼吸法が抑うつに及ぼす効果を検討している。参加者を抑うつ気分誘導した上、呼吸法を行う群と安静に過ごしてもらう統制群に分け、抑うつ気分と肯定志向的な認知の変容を比較している。その結果、技法を実施しても一定時間安静にしても、抑うつ気分が減少することが示された。両方に即時的な効果が表れたことについて、安静座位のリラクゼーション効果、誘導した抑うつ気分が持続性の少ないものであったことと推測している。また、この研究では技法を継続することにより、初回と同様の不快状況に直面しても抑うつ気分が生じにくいことが示された。

木村・佐藤 (2012) では、抑うつ傾向にある健常な大学生を対象に、MT (呼吸への気づき) に基づく2週間の介入を行い、抑うつ症状と注意機能に対する効果とその持続性について検討している。結果、MT群と統制群の間にマインドフルネス傾向を測る日本語版 Five Facet Mindfulness Questionnaires ; FFMQ (Sugiura, Sato, Ito, Murakami, in press) の得点差は見られなかった。また、注意機能、抑うつに関しては時期の効果は確認されたが、両群の差は示されなかった。しかし、注意機能を測定する Tail Making Test (TMT) の向上から、MTにとって初歩的かつ重要な過程が体得できたことによる変化が推測される。

灰谷・佐々木・熊野 (2012) では、成人吃音者に対して2週間の呼吸に焦点を当てたマインドフルネストレーニング (以下、MT) を実施し、FFMQ と共にマインドフルネスが苦手場面におけるパフォーマンスに与える影響を検討した。結果、研究協力者8名のうち2名が参加を中断し、残りの6名 (男性4名、女性2名) のうち苦手場面でマインドフルネスのスキルを意識的に活用することができたのは2名であった (これについては研究協力者の自己アセスメントによる)。FFMQ の下位尺度に関しては、「観察すること」の得点は全体的に上昇したが、他の下位尺度については明確な変化は認められず、FFMQ の得点変化と苦手場面でのパフォーマ

ンス変化についても明確な関係は認められなかった。

久貝・大隅・伊藤 (2011) では、自閉症スペクトラム特性 (Autism Spectrum ; AS 特性) の高い大学生を対象に、呼吸を整えることに注意を向ける瞑想のトレーニングを実施し、多次元共感性尺度 (MES) (鈴木・木野, 2008), 自閉症スペクトラム指数 (AQ) 日本語版 (若林・東條・Simon Baron-Cohen・Sally Wheelwright, 2004), FFMQ (Sugiura et al., in press) を測定した。Block-Lerner, Adair, Plumb, Rhatigan & Orsillo (2007) は、マインドフルネス特性が共感性と関連することを明らかにしており、MT が共感性の向上に寄与すると予測している。これを背景に、この研究では、自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders ; ASD) の特徴の中核と言える、共感性の向上を取り上げている。結果、どの指標にも変化は見られず、介入の効果を示すには至らなかった。しかし、共感性の変化量がマインドフルネス特性と AS 特性の両方の変化量と異なる側面で関連していることが確認され、他者の気持ちを理解しようとする傾向と他者の気持ちに寄り添う傾向が質的に異なることを示した。よって、AS 特性の低減には、寄り添う傾向を高めるようなアプローチが有効である可能性を示唆している。このアプローチでは、やはり自身の信念や価値観に囚われる傾向から離脱しなければならず、その点に関して MT の効果が期待できる、としている。

マインドフルネスの媒介変数の検討

杉浦 (2008) は瞑想を含むマインドフルネストレーニング (MT) は、メタ認知的気づきの能力を高め、注意の持続や切り換えの能力を涵養する、認知的トレーニングであるとしている。実際、MT が注意定位機能 (e.g., Jha, Krompinger, & Baime, 2007), 認知的柔軟性 (e.g., Moore & Malinowski, 2009), 認知的制御能力 (e.g., Delizonna, Williams, & Langer, 2009) などを向上させることが示さ

れている (伊藤ら, 2010)。

5. マインドフルネス研究の課題

ここまで MT を含む療法の臨床場面での有効性や効果の統一した説明に向けてメカニズム解明の実証研究が盛んに行われていることを示した。加えて, MT が明確な効果を実証できなかった研究についても例を挙げている。マインドフルネスにおいては, 「意図的に注意を向ける」「思考から距離をとる」といったことが重要であることは繰り返し述べてきたが, 先述した研究結果からも示唆されるように, 距離を置くスキルは注意機能が支えている可能性が考えられる。こういった視点を獲得するための MT であるが, 実際のエクササイズで行うことは, 思考に囚われることなく呼吸や日常生活音に注意を向け続けることが求められる。このように地味な, 目立たない刺激が注意の対象となる。それゆえ, 注意を能動的にコントロールすることに有用であるとも考えられる (Sugiura, 2006)。しかし, 刺激が些細なものであるため, 「意図的に注意を向ける」といった手掛かりを上手く見つける, 掴むことができない人もいると考えられる。よく, マインドフルネスは心の柔軟体操に例えられ, 長期的に技法を継続していくことで効果が出るとされている。しかし, 効果が実証されている反面, 座禅や瞑想を含むものはドロップアウトが多いという問題点も指摘されている (Heide, & Borkovec, 1984)。このような問題点より, マインドフルネスの促進困難への対応方法を検討する必要があると考える。

マインドフルネスの促進困難への対応方法とは何か

ここで身体にいつそう注意を向ける方法を提案したい。身体に向けた注意, およびそこから得られる身体に関する気づきの効果の一つとして脱中心化が促進されると考えられる。MT の中でも, ボディスキャン瞑想が身体に注意を

向ける行為として挙げられる。ボディスキャンとは「身体の各部位に気づきを運ぶために呼吸を利用する。呼吸に合わせて, 焦点を合わせている身体の部位を順番に直接的, 経験的, 系統的に感じることで, 知ることをイメージしたり感じたりする。要は, ありのままの身体の状態に気づくことである」と先に述べた。思考や感情よりも, 呼吸に合わせて身体の一部に焦点を当てることで, 注意を向ける対象は, より掴みやすくなるといえる。しかし, ボディスキャンは仰向けの楽な体勢で行うことより, 注意を向ける刺激が強いとは言えないことや, “イメージ”すること自体が困難であることが考えられる。

そこで, 普段とは異なる, 絶え間なく身体に注意を向けられるステップを導入することを提案したい。動作に不自由のある患者に見られる不当な筋緊張の軽減・除去が目的である動作法の技法を用いた今野・大野 (1987) の研究では, 弛緩の最初の段階で生じる痛みに注意を集中した群とそうでない群を比較した。その結果, 前者の群の方が身体感覚に対する分析的・統合的な気づき, 心理的な受容に優れているということが示された。よって, 身体の状態に注意を向け, 新たな気づきをより多く得られるエクササイズを導入することによって, マインドフルネスの促進困難な個人に対し, 「意図的に注意を向ける」といった手掛かりが呈示できると予想される。例えば, MBSR に含まれるヨーガでは, 普段しないであろう体勢を保ったり, ストレッチを行うことで, より感覚刺激が明確になり, 「気づき」を得る手助けになると考えられる。日本でのマインドフルネスの一層の導入に向け, トレーニング法の工夫等は, 今後も検討していく重要な点だと考える。

まとめ

以上で紹介してきたように, マインドフルネスは物事があるがままに受け入れ, 現在の瞬間に, 価値判断をせずに注意を向けることによって現れる意識=気づきのことである。意図的か

つ、経験的なものであり、価値判断的ではない。我々は通常、何かに注意を向ける際、自動的に批判的・価値判断的な眼で見ていることが多い。不快・不安な状況に陥った場合、「どうしよう！ どうして？早く何とかしなくては！」と余裕がなくなり、周りが見えなくなることは多々あるのではないだろうか。ストレスがたまって身動きができなくなっている時、「今何が起きているのだろうか？」と観察してみることで、新たな注意の向け方、対処の仕方を身に着けられるだろう。

マインドフルネスの実践は文字で見ると、単純で簡単なように感じられる。しかしながら、実際に取り組んでみると意外と難しいことに気づくかもしれない（注意を向けられない、一点に焦点を当てられない、不快な状態から快適な状態にしなければならないと考えてしまう…等々）。思考や感情をただ気づき、観察していくだけ、という新たな心のモードを得るためには、コツコツと訓練を積み重ねていくことが重要となるようだ。今後、臨床場面でのますますの導入に向け、メカニズム解明と並行して、マインドフルネスの促進困難といった対応方法等、幅広い視点からその効果を検討していくことが望まれる。

引用文献

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 125-143.
- Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness- and acceptance-based treatment approaches. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp.3-17). Burlington: Academic Press.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 366-373.
- Beck, A. T. (1986). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. Madison: International Universities Press.
(大野裕訳 (1990) 認知療法 精神療法の新しい発展 東京：岩崎学術出版)
- Block-Lerner, J., Adair, C., Plumb, J. C., Rhatigan, D. L., & Orsill, S. M. (2007). The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concern? *Journal of marital and family therapy*, *33*, 501-516.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822-848.
- Delizonna, L. L., Williams, R. P., & Langer, E. (2009). The effect of mindfulness on heart rate control. *Journal of Adult Development*, *16*, 61-65.
- 灰谷知純・佐々木淳・熊野宏昭 (2012). 呼吸に焦点を当てるマインドフルネスのエクササイズが成人吃音者の苦手場面におけるパフォーマンスに与える影響の検討 日本行動療法学会大会発表論文集, *38*, 282-283.
- Heide, F. J., & Borkovec, T. D. (1984). Relaxation-induced anxiety: mechanisms and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, *22*, 1-12.
- 久貝このみ・大隅友恵・伊藤義徳 (2011). 自閉症スペクトラム特性の高い大学生を対象

- としたマインドフルネストレーニングの効果—共感性を媒介変数として— 日本行動療法学会大会発表論文集, **37**, 438-439.
- 伊藤義徳・安藤治・勝倉えりこ (2009). 禅的瞑想プログラムを用いた集団トレーニングが精神的健康に及ぼす効果: 認知的変容を媒介変数として 心身医学, **49**, 233-239.
- 伊藤義徳・長谷川晃・甲田宗良 (2010). うつ病の異常心理—再発予防とマインドフルネス認知療法の観点から— 感情心理学研究, **18**, 51-63.
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, **7**, 109-119.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results, *Gen. Hosp. Psychiat*, **4**, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Fullcatastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to dace stress, pain, and illness*. Delacorte Press.
(春木豊 (訳) (2007). マインドフルネスストレス低減法 北大路書房)
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Yheory, Research and Practice*, **80**, 193-203.
- 木村安季・佐藤健二 (2012). 抑うつ傾向者に対するマインドフルネス短期訓練の効果—ワーキング・メモリと注意機能に着目して— 日本行動療法学会大会発表論文集, **38**, 278-279.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **80**, 193-203.
- 今野義孝・大野清志 (1987). 動作訓練による弛緩の受容に関する因子分析的研究 心理学研究, **58**, 57-61.
- 越川房子・君津直美・近藤育代 (2010). マインドフルネス・プログラムの抑うつ低限効果—マインドフルネスの主要素を指標として— 日本教育心理学会総会発表論文集, **52**, 357.
- 越川房子・山崎綾子 (2008). マインドフルネス瞑想が抑うつ傾向に及ぼす効果—歩行瞑想 (Walking Meditation) を用いて 日本心理学会第72回大会発表論文集, 366.
- 前川真奈美・越川房子 (2010). マインドフルネス呼吸法が抑うつに及ぼす効果—大学生を対象としたメンタルヘルス対策の検討. 日本教育心理学会総会発表論文集, **52**, 358.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **72**, 31-40.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, **18**, 176-186.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness- Based Cognitive Therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. NY:

- Guildford. pp.34-65.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- (越川房子 (監訳) (2007). マインドフルネス認知療法—うつを予防する新しいアプローチ 北大路書房)
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., Murakami, H. (in press). Development and validation of the Japanese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire, Mindfulness.
- Sugiura, Y. (2006). Personality correlates of mindfulness. In M. G. T. Kwee, K. J. Gergen, & F. Koshikawa (EDS.), *Horizons in Buddhist psychology: Practice, research & theory*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications. pp.251-266.
- 杉浦義典 (2008). マインドフルネスにみる情動制御と心理的治療の研究の新しい方向性 感情心理学研究, **16**, 167-177.
- 鈴木有美・木野和代 (2008). 多次元共感性尺度 (MES) の作成—自己指向・他者指向の弁別に焦点を当てて— 教育心理学研究, **56**, 487-497.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 615-623.
- 若林明雄・東條吉邦・Simon Baron-Cohen・Sally Wheelwright (2004). 自閉症スペクトラム指数 (AQ) 日本語版の標準化—高機能臨床群と健常成人による検討— *The Japanese Journal of Psychology*, **75**, 78-84.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., Hopburn, S., & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, **107**, 275-279.

