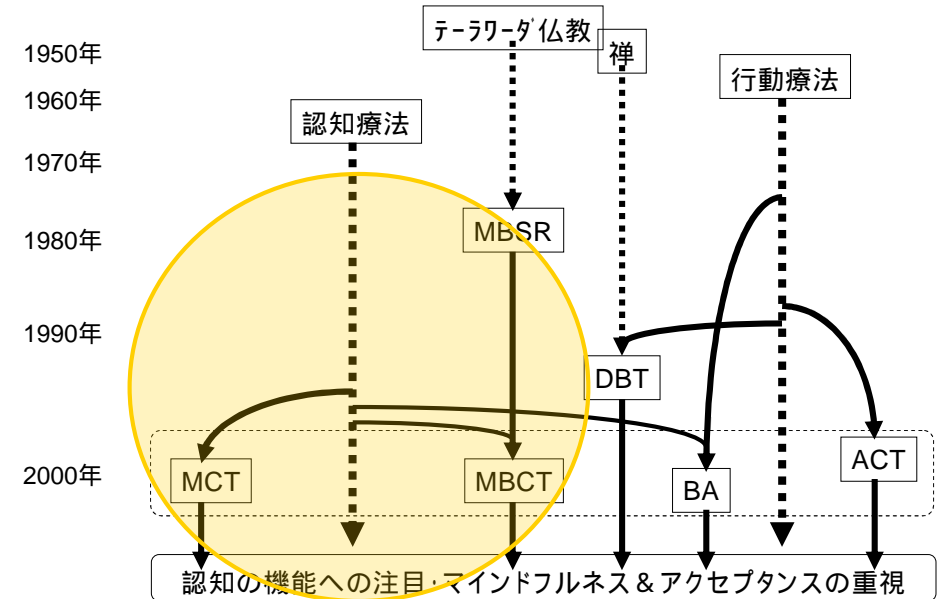


マインドフルネス認知療法

新世代の認知行動療法における位置づけ



マインドフルネスとは

- 今の瞬間の現実に常に気づきを向け、その現実をあるがままに知覚し、それに対する思考や感情には囚われないでいる心の持ち方、存在の有様。
- 「現実」には、自分の思考、感情、身体感覚、記憶などの私的出来事も含まれるが、公的・私的出来事を問わない対象と「観察する自分」との間に、さらに解釈や評価をする思考・イメージ・感情などが入り込んできて、それらを現実や自分と取り違えることで、あるがままに知覚できなくなり、「妄想」の世界が広がってしまう。
- そこで、マインドフルネスを実現することで、現実や自分の実像が捉えられるようになることを目指す。

呼吸による気づきの教え

- 呼吸を4つの領域(身、受、心、法)から、16の視点で見つめるトレーニングシステム(井上ウィマラ、2005)。
- 4つの領域とは
 - 身体
 - 感受
 - 心
 - 法則性

身体：アクセプトランスということ

- 規則正しい呼吸と、そのままの呼吸
 - 長く息を吸っているときには、「長く息を吸っている」と知り、長く息を吐いているときには、「長く息を吐いている」と知る。
 - 短く息を吸っているときには、「短く息を吸っている」と知り、短く息を吐いているときには、「短く息を吐いている」と知る。
- 身体表現性障害患者に対する対応 - 「身体のことには身体に任せましょう」。

思考の素性

- 思考は「無知(心の基本的状態)」に由来する。
 - 何を考えても、それはバイアスを伴う。
- 思考(反芻思考)がなくても五感 + 自動思考(六根)は働く。
 - 対象のあるがままの体験。
- 「ワナワナ」リーディング(光の読書)。
 - 言葉が思考の拮抗反応になる。
- 思考が無くなったとき智慧が働き始める。
 - サティパッサナ(事実と出会った瞬間に、その本質を見極める力)。
 - つまり、思考は自分ではない。

感受：外界の感受への気づき

- 「見るものは見ただけで、聞くものは聞いただけで、感じたものは感じただけ、考えたことは考えただけでとどまりなさい。そのときあなたは、外にはいない。内にもいない。外にも、内にもいないあなたはどちらにもいない。それは一切の苦しみの終わりである」。
- つまり、ブッダは、「六根を通じた外界の感受(楽・苦・捨)」への気づきを、とりわけ重視したことになる。
- 感受で止めて、外(外的事物にまつわる勝手な思い込みの生成)にも、内(勝手な自己イメージの生成)にも広げない。その為の方法が、ラベリング。
- 呼吸で止まれば、感受を対象にする必要はない。

心：貪瞋痴への気づき

- 感受に基づいて思考が展開する結果生まれてくるもの(感情に近い内容)。
 - 貪:欲(Wanting)、瞋:怒り(Aversion)、痴:混乱(Delusion, Selfing)
- 気づいて、放っておくことによって、それ以後の増殖が止まる。さらに、それらが「ない」状態を観察する。
- 身体のことには身体に、感受のことは感受に、心のことには心に任せる。
- われわれは、何も握り締めていないし、誰とも戦っていないし、どこにも向かってはいないことに気づく。
- 呼吸、感受で止まることができれば、心を対象にする必要はない。

「自分」の正体

- 「自分」(一貫したアイデンティティ)とは、構成概念。
- 「heuristicな自分」と言ってもよく、「記憶」がその妥当性を支えられている。
- 構成概念のメリット、デメリットは、拘束条件を提供すること。
- 「瞬間瞬間の自分」(六根 = 五感 + イメージで、内外の環境を認識する心の働き)は存在するが、対象との間に分離はなく、時々刻々変わっていくものである(それを「自分」と呼ぶかどうかは別問題)。
- 「瞬間瞬間の自分」を、常に見失わないようにすることが、マインドフルネス。

マインドフルネスと無常の力

- マインドフルネスの方に、心の働きに由来するすべての問題を解消する力があるという考え方。
 - 「気づきを痛みや不快な感受に向けると、変容が起こりません。…あなたは何も変えようとしていません。気づきの力そのものが変容の力をそなえた微妙なエネルギーなのです(L・ローゼンバーグ)。」
- マインドフルネスが私的出来事の増殖を止める効果を持つこと自体興味深いですが、その増殖が止まった後に、それらが自然と消えていく理由は、実は現象(あらゆる出来事)そのものが持つ「無常」という性質に由来していると考えられる。

法則性：無常・苦・無我ということ

- 呼吸、感受、心への気づきが常に途切れることを前提にすれば、一回り広い現象を観察の対象にする必要が生じる。
 - そもそも、呼吸、感受、心に現れる現象はどのような法則性に従っているのか、ということに気づくことが目標になる。
- 智慧とは、その法則性を深く理解すること。
 - 無常 - 人生には濃淡があり、私的出来事、公的出来事の全ては、常に変化している一過性のものである。
 - 苦 (Unsatisfactoriness) - 常に変化しているものを頼みにすれば、十分に満足できることはありえない。
 - 無我 - 私的出来事、公的出来事をコントロールすることはできず、「自分」も私的出来事の一つにすぎない。

マインドフルネス実践の方法論上の特徴

- 一貫して「今、ここ」での身体の動作やそれに伴う身体感覚に持続的な注意を向ける(注意の持続)。
- そして、そこで不可避免的に現れる思考や感情などの私的出来事に対しては、気づいた時点で身体感覚に注意を戻すようにする(注意の転換)。 サマタ瞑想
- 注意の持続と転換が安定して維持できるようになったら、注意の範囲をパノラマ的に広げて、意識野に入ってくるもの全てに、同時に気を配るようにする(注意の分割)。 ヴィパッサナー瞑想
- 身体感覚、思考、感情など全ての私的出来事に、気づきが触れることで、それ以上発展せず消えていくことを繰り返し確認する(法則性の洞察 = 智慧の発現)。

「足を意識して、文章を読む」エクササイズ

- 注意の分割による脱思考効果 -

- あなたの足に注意を向けてください。どんな感じがしますか？ 足に注意を向けたまま、以下の数行を読んで下さい。

さいた さいた
チューリップの 花が
ならんだ ならんだ
赤 白 黄色
どの花みても
きれいだな

(ヘイズ&スミス、2008)

8週間のプログラム内容

- うつ病の再発防止を目的とし、3分呼吸空間法、ボディスキャン、ヨーガ、静座瞑想などのマインドフルネス瞑想の実践を中核においた8週間のグループ療法。
 - セッション1 自動操縦状態に気づく
 - セッション2 うまくいかないとき
 - セッション3 呼吸へのマインドフルネス
 - セッション4 現在にとどまる
 - セッション5 そのままでいる
 - セッション6 思考は現実ではない
 - セッション7 自分を大切にする
 - セッション8 これからに活かす

MBCT(マインドフルネス認知療法)

- ZV・シーガル、JMG・ウィリアムズ、JD・ティーズデールが、うつ病の再発を減らすために認知療法の効果維持版を開発する試みの中から生み出されたもの。
- マインドフルネス瞑想のエッセンスを分かりやすくプログラム化したMBSR(マインドフルネス・ストレス低減法)を、再発性うつ病への介入のために最適化したプログラム。
- 「まず、著者らが行なったのは、注意の訓練という要素を認知療法に取り入れることであった。次に、「治療」という枠組みを放棄した。それは思考や感情を変えようとはせず、それに気づいたままにしておくというマインドフルネス・アプローチを十分に機能させるためである。(越川監訳、2007)」

再発性うつ病と認知療法

- 幼児期に身につけた非機能的な思い込みや態度が一生持続するために再発が多いという認知仮説は、R・イングラムが40以上の研究についてレビューした結果、回復後の通常の気分の時には、うつ病非罹患者ととの間に差がなかったことより否定された。
- JD・ティーズデールらは、現在の気分の落ち込みが、以前の同様の気分と結びついた思考パターンを再活性化するという知見を得た。
- さらに、そこで生じた思考、記憶、態度などをどう扱うかといった関係の持ち方の影響力も大きく、反芻的で自己持続的な反応パターンが再発に寄与していた。

MBSR(マインドフルネス・ストレス低減法)への接近

- 認知療法の再発防止効果には、ネガティブな思考と感情に対して「距離をとる」あるいは「脱中心化」(メタ認知的気づき)できるようになることが、大きく関与。
- M・リネハンが、DBT(弁証法的行動療法)で、境界性パーソナリティ障害患者の強烈な思考や感情から距離をとるために、マインドフルネスを活用していた。
- さらにMBSRが持つ以下のような可能性に注目した。
 - 気づきのエクササイズが情報処理チャンネルの容量を使うことで、反芻を維持するのに必要な資源を奪うことができる。
 - 思考、感情、身体感覚に気づく訓練は、うつ再発の初期段階を自覚するのに役立つ。
 - グループ療法であることが、拡大するニーズを満たせる。

認知の機能を変える

- これまで何度も考えてきたこと、感じていた気持ち、思い出していた記憶は、相変わらず出てくる。
- なぜならば、それらは繰り返し学習されて、習慣になっているものだから。
- そこで「出てくるもの」の内容を変える必要はない、それとの関係を変えていければよい。
- 相変わらず心に浮かんで来たとしても、生活が邪魔されないようになることが、当面の目標。
- そのためには、何が出て来ているのかを、少し離れたところから、きちんと見る必要がある。

MBSRに基づくプログラム構成へ

- MBSRでは、脱中心化する際の「心のモード」が重視され、「解決を必要とする」スタンスではなく「歓迎し、あるがままにしておく」というスタンスが取られていた。
 - 「「すること」モードと、「あること」モードの区別
- 認知行動療法的な視点から患者の問題解決を援助するのではなく、瞬間瞬間の自分の経験にマインドフルに関われるように援助することの重要性が認識された。
 - 個々のターゲット行動に応じた援助ではなく、役に立たない心のモードを離れ、それとは両立しない別のモードに入る方法を学んでもらうことが目標となった。
 - 思考の内容ではなくプロセスに注目し、何にどう注意を向けるかを選択することで、心のギアチェンジをするスキルの獲得。

Mindfulness-based Therapyの効果

- MBCTとMBSRを中心に、マインドフルネスを主要な介入要素とする治療研究のメタ解析を行った。
- 209研究(n = 12,145)を対象にした。
 - 介入前後の比較:n = 72; Hedges's g = .55
 - ウェイティング群との比較:n = 67; Hedges's g = .53
 - アクティブ治療群との比較:n = 68; Hedges's g = .33
 - 他の心理療法群との比較:n = 35; Hedges's g = .22
 - CBT/BT群との比較:n = 9; Hedges's g = -.07
 - 薬物療法との比較:n = 3; Hedges's g = .13

MBCTによるメタ認知的気づきの変化

- Teasdale JD et al: *J Consult Clin Psychol.* 70(2):275-87, 2002
- **Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence.**
- Metacognitive awareness is a cognitive set in which negative thoughts/feelings are experienced as mental events, rather than as the self. The authors hypothesized that (a) reduced metacognitive awareness would be associated with vulnerability to depression and (b) cognitive therapy (CT) and mindfulness-based CT (MBCT) would reduce depressive relapse by increasing metacognitive awareness.
(Teasdale, 2013)

記憶の記録プロセスが影響を受ける

Table 6
Study 2: Effects of Cognitive Therapy on Measures of Metacognitive Awareness

Measure	Clinical management (CM)			Cognitive therapy (CT)			CM vs. CT		
	M	SD	n	M	SD	n	F	df	p
MAWARE									
Pretreatment	2.23	0.49	74	2.16	0.51	70			
Posttreatment	2.27	0.53	71	2.44	0.51	65	4.68	1, 129	< .05
MAWARE ≤ 5									
Pretreatment	2.31	0.54	70	2.24	0.65	69			
Posttreatment	2.35	0.60	67	2.70	0.65	62	8.59	1, 118	< .01
MAWARE > 5									
Pretreatment	2.14	0.69	63	1.91	0.71	60			
Posttreatment	2.19	0.59	59	2.08	0.73	58	< 1	1, 101	ns

Note. MAWARE = metacognitive awareness (all memories); MAWARE ≤ 5 = metacognitive awareness (memories in past 5 months); MAWARE > 5 = metacognitive awareness (memories before past 5 months).
(Teasdale, 2013)

メタ認知セットへのアクセスが変わる

- They found (a) accessibility of metacognitive sets to depressive cues was less in a vulnerable group (residually depressed patients) than in non-depressed controls; (b) accessibility of metacognitive sets predicted relapse in residually depressed patients; (c) where CT reduced relapse in residually depressed patients, it increased accessibility of metacognitive sets; and (d) where MBCT reduced relapse in recovered depressed patients, it increased accessibility of metacognitive sets.
- CT and MBCT may reduce relapse by changing relationships to negative thoughts rather than by changing belief in thought content.
(Teasdale, 2013)

参考文献

- 熊野宏昭: 新世代の認知行動療法. 日本評論社, 2012
- 井上ウィマラ(訳), L・ローゼンバーグ(著): 呼吸による癒し - 実践ヴィパッサナー瞑想. 春秋社, 2001
- 越川房子(監訳), シーガル, ティーズデール, ウィリアムズ(著): マインドフルネス認知療法. 北大路書房, 2007
- 熊野宏昭: マインドフルネスそしてACTへ. 星和書店, 2011
- 武藤崇, 原井宏明, 吉岡昌子, 岡嶋美代(監訳), S・C・ヘイズ, S・スミス(著): ACTを始める. 星和書店, 2010