

MBCTのプログラムとしての治療的要素

— 体験に基づく探索的検討 —

臨床心理学コース 准教授 高橋 美保
臨床心理学コース 博士課程1年 稲吉 玲美
臨床心理学コース 博士課程1年 勝又 結菜

The therapeutic essence of MBCT as a program

-Exploratory investigation based on understanding through experience-

MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), which is a combination of CBT (Cognitive Behavior Therapy) and mindfulness, is getting attention in Clinical Psychology in Japan. The purpose of this study is to discuss the therapeutic essence of MBCT as a program based on our own experience of participating in a trainer's training for MBCT. Through this experience, it was made clear that there were three points that form the therapeutic essence of MBCT; 1) the modular structure in the program, 2) the attitude of instructor (kindness and self-compassion) and 3) inquiry after the work. Though MBCT involves the approaches of CBT and Mindfulness which are opposite in a sense, these work well together in the modular program, especially in the inquiry which is done in the group throughout the program by the instructor who convey a kind and compassionate attitude. It may be suggested that the wholeness of the program, which cannot be divided into parts, is the therapeutic essence that allows MBCT to work as a therapy.

目次

1. はじめに
 - A. 日本の臨床心理学とマインドフルネス
 - B. マインドフルネスとMBCT
 - C. MBCTの効果研究
 - D. 本研究の目的
2. プログラムとしてのMBCT
 - A. MBCTプログラムの概要
 - B. MBCTトレーナーズ・トレーニングの概要
3. 分析手続き
4. MBCTのプログラムとしての治療的要素の検討
 - A. プログラムのモジュラー構造
 - B. インストラクターの態度 (KindnessとSelf-Compassion)
 - C. ワーク後の問い (Inquiry)
5. 考察
 - A. MBCTのプログラムとしての治療的要素
 - B. MBCTの日本における適用に向けて
 - C. 本研究の限界と今後の課題

1. はじめに

A. 日本の臨床心理学とマインドフルネス

近年、日本の臨床心理学業界において、マインドフルネスが大きな注目を集めている。マインドフルネスの語源はパリー語のサティの英訳とされており(井上, 2005)、元々はテラワダ仏教の瞑想法に端を発する言葉である。マインドフルネスについては複数の定義が流布しているが、「意識的に、今この瞬間に、判断せずに、あるがままに意識を向けることで得られる気付き (Williams, et al., 2007)」という定義がマインドフルネスの特徴をよく表していると考えられる。歴史的には、1960年代、仏教の瞑想法が米国に波及し、1980年代になってマインドフルネスとして体系化された(大谷, 2014)。さらに、米国にマインドフルネスが伝搬してから約30年で、元来の宗教的枠組みから臨床的枠組みにパラダイムシフトし(大谷, 2016)、今に至っている。

現代では様々な研究によって、マインドフルネスが精神的、身体的な健康に良い影響を及ぼすことが明らかにされていることから、マインドフルネスは教育、福祉、スポーツ、ビジネス、兵士の訓練などあらゆる

形で広がりつつある（藤田, 2016）。大谷（2016）によれば、現代ではアメリカ総人口の8.0%にあたる成人がマインドフルネスを実行しており、マインドフルネスが大衆化されるだけでなく、一部では商品化されているという。この流れは日本にも及んでおり、マインドフルネスは近年、日本のビジネス業界でも大きな注目を集めている。

このように、現代では流行と化しつつあるマインドフルネスであるが、日本の臨床心理学には、仏教の流れではなく認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy; 以下, CBT）の第三の波として海外から輸入された。CBTでは第1世代として行動療法が、第2世代として認知療法が用いられたが、マインドフルネスは両世代の限界を超えるCBTの新しいアプローチとして注目され、第3世代のCBT(Hayes et al., 2004/春木監修, 2005)と称されるようになった。マインドフルネスは脳科学をはじめとする複数の実証研究によってその効果が確認されており（Hasenkamp & Barsalou, 2012など）、近年、エビデンスや科学性を重視する傾向にある日本の臨床心理学には受け入れやすい形で紹介されたといえる。

このようにマインドフルネスは海外から輸入されたものではあるが、実は日本に馴染みのある仏教や禅に端を発することから、この現象は逆輸入とも言われている（池埜, 2014）。古くから生活の中に仏教が息づく日本人にとって、仏教由来のマインドフルネスは感覚的に理解しやすいことから、多くの日本の実践者や研究者が関心を持つかもしれない。しかし、もし現代に流布している心理療法や援助技法に十分な効果があるのであれば、これ以上、新たな介入技法を求める必要はないであろう。心理療法の数は400を超えるとも言われているにもかかわらず（Wolman, 1996）、多くの実践者がマインドフルネスに関心を持つ背景には、現代の既存のアプローチに限界を感じているとも考えられる。日本の臨床心理学におけるマインドフルネスブームは、日本の臨床心理学が新たな援助モデルを求めているという土壌に、科学性となじみ深さを併せ持ったマインドフルネスが到来したことによって起きている現象とも考えられる。

日本の臨床心理学における昨今のマインドフルネスブームは、戦後、欧米から多くの心理療法を貪欲に輸入した時代を彷彿とさせる。心理療法は今ここにあるクライアントやコミュニティの中で最適な形で用いられるべきものであるが、新しいものを輸入する段階ではまずはその心理療法の神髄を丁寧に理解し、咀嚼す

る必要がある。近年、マインドフルネスに関する成書が増えていることに加え、インターネットで多くの情報が得られることから、新しい情報にアクセスする方法は戦後より格段に増えている。一方で、心理療法は特定の時間と場所において、人と人との相互交流の中で効果を生み出す複雑かつ繊細な営みであり、その正確な伝達は容易ではない。CBTが日本に席卷する中で、実践者が成書の通りにCBTを提供したはずなのに、期待するような効果が得られないことが起こりえるはその最たるものであろう。したがって、海外から逆輸入されたマインドフルネスの是非を問う前に、まずはそれが本質的にはどのようなものかをしてできるだけ正確に理解する必要がある。

B. マインドフルネスとMBCT

ここまでマインドフルネスという形でひとくくりに論じてきたが、マインドフルネスには2つのパラダイムがあるとされている。一つは宗教的枠組みにおけるピュア・マインドフルネスであり、もう一つが治療や健康増進・維持を目的とした臨床マインドフルネスである（大谷, 2016）。臨床心理学で注目されているのは後者の臨床マインドフルネスである。

大谷（2016）によれば、臨床マインドフルネスはさらに2つに大別される。一つはピュア・マインドフルネスから臨床手段へと発展したタイプであり、慢性疼痛など幅広い身体症状や精神症状への有効性が実証されているMBSR（Mindfulness-Based Stress Reduction; 以下, MBSR）(Kabat-Zinn, 1990 春木訳 2007)、マインドフルネスをうつ病の再発予防に活用し、その効果が実証されているMBCT（Mindfulness-Based Cognitive Therapy; 以下, MBCT）(Segal, Williams, & Teasdale, 2002 越川監訳 2007)等が含まれる。もう一つは、既存の行動理論や行動療法のモデルの中にマインドフルネスを複合された対応であり、パーソナリティ障害を対象とするDBT（Dialectical Behavior Therapy; Linehan, 1993）や行動分析の立場から理論を統合的に再構築したACT（Acceptance & Commitment Therapy; Hayes et al., 2004）等が含まれる。

この中で、MBCTの開発のベースとなったMBSRは臨床群にも効果が認められていることから臨床マインドフルネスに含まれるが、元々はCBTとは関係のない文脈で発展したものである（熊野, 2012）。これに対して、MBCTはSegalらがうつの再発予防を目的として、「マインドフルネスの諸技法に、認知と感情・行動との関係を自覚する認知的技法を加えたプログ

ラム(近藤・越川, 2016)」であり, CBTとしての介入の意図がより明確である。また, MBSRは元々慢性疼痛などの身体症状の改善を目指しているのに対し, MBCTはうつや不安といった精神症状をターゲットとしていることから, 日本の臨床心理学ではMBCTが大きな注目を集めている。そこで, 本研究では, マインドフルネスの中でも日本の臨床心理学で幅広い関心を持たれているMBCTに注目することとする。

C. MBCTの効果研究

では, MBCTはどのような効果があるのだろうか。これについては, すでに多くの効果研究がなされている。最初の効果研究はTeasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau (2000) によって実施された, MBCTの目的であるうつ病の再発予防効果の臨床試験である。Teasdaleらの試験では, うつ病エピソードを3回以上経験した群で再発予防効果があるという結果が示された。うつ病再発予防の無作為統制試験に関する最新のメタ分析においても, MBCTはベースラインの抑うつ度が高い方が予防効果を発揮することが示唆されており(Kuykin et al., 2016), より重篤なうつ病への効果があると考えられている。

また, うつ病の再発予防効果の他にも, うつ病の残遺症状の軽減(Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007), 治療抵抗性うつ病者の症状改善(Kenny & Williams, 2007), 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), 周産期女性のうつ(Dimidjian & Goodman, 2009)など, 様々なうつ状態に対して効果を発揮することが示されている。

加えて, MBCTはうつ以外の種々の症状についても効果があるとされており, 双極性障害(Williams et al., 2008) 全般性不安障害(Craigie, Rees, Marsh, & Nathan, 2008), 社交不安(Piet, Hougaard, Hecksher, & Rosenberg, 2010), パニック障害(Kim et al., 2009), 心気症(McManus, Surawy, Muse, Vazquez-Montes, & Williams, 2012), 慢性疲労症候群(Rimes & Wingrove, 2013), 耳鳴り(Philippot, Nef, Clauw, Romrée, & Segal, 2012), 幻聴(Chadwick, Hughes, Russell, Russell, & Dagnan, 2009), 不眠症(Britton, Haynes, Fride, & Bootzin, 2010), 子どもの不安と外在化障害(Semple & Lee, 2007; Bögels, Hoogstad, van Dun, de Schutter, & Restifo, 2008) ががん患者の心身健康改善(Bartley, 2011; Foley, Baillie, Huxter, Price, & Sinclair, 2010)などに効果が示されている。

このように, 海外ではMBCTの実証的な効果研究

が次々と発表されてきている。一方, 日本におけるMBCTの実証研究は確認されなかった。MBCT以外の臨床マインドフルネスに関しても, がん患者へのMBSRを応用した介入における精神的健康増進効果や(Ando et al., 2009), ADHD傾向を持つ児童に対する少数事例へのマインドフルネストレーニング(Zylowska et al., 2007)における症状改善効果(藤田・橋本・嶋田, 2013)などが散見されるのみである。非臨床群への介入研究は増加傾向にあるが(伊藤ら, 2005; 平野, 2013など), MBCTやMBSRのようなプログラムではなく, マインドフルネスの瞑想やワーク, 心理教育を独自に組み合わせた簡易版を介入に用いており, 介入法の妥当性が確保されていない。ランダム化比較試験のような高いエビデンスレベルの臨床マインドフルネス研究を促進することが, 本邦において急務である。

D. 本研究の目的

以上より, マインドフルネスワークを中核に据えながらもCBT的な要素を併せ持つMBCTは, 当初の目的であったうつ病の再発防止だけでなく, 他の様々な疾患や症状にも効果があることが実証されている。この結果は, より良い援助法を求める日本の臨床心理学にとっては極めて魅力的に映る。上述のように, 近年, 日本でもマインドフルネスに着目した介入研究が複数行われているが(伊藤ら, 2005; 平野, 2013; など), マインドフルネスワークを独自に導入し簡易的な形式で用いているものが多い。しかし, MBCTで実証されている介入効果はあくまで構造化された複数回のパッケージから成るプログラムとしてのMBCTの効果である。

そこで, 本論では, このプログラムという形を取るMBCTのどういったところに治療的要素があるのかを検討することを目的とする。残念ながら, パッケージ化されている介入とそうでない介入の効果を比較検討することはできないが, 本論では, 筆者らが参加したMBCTのトレーナーズ・トレーニングで得た体験的理解に基づき, プログラムとしてのMBCTの治療的要素を明らかにすることを試みる。

なお, MBCTについては, 熊野(2012)が「全面的にMBSRに依拠したプログラム構成となったが, そのなかにも, これまでのうつ病に対する認知行動療法的な基礎研究や臨床経験に基づいた工夫は盛り込まれている」と述べているように, MBCTはマインドフルネスワークを中核とするMBSRにCBTの要素が組み込まれたプログラムである。そもそも, マインドフル

ネス自体が第3世代のCBTといわれることから、マインドフルネスもCBTの流れの中で理解されるアプローチといえる。しかし、マインドフルネスが第2世代ではなく、第3世代のCBTとされていることから、第3世代は明らかに第2世代までのCBTと一線を画すところがあるのも事実である。熊野(2012)は、第3世代のCBTについて、第2世代のCBTが認知の内容に注目したのに対して、「認知の機能に注目し、マインドフルネスとアクセプタンスという治療要素を重視する」と述べているように、両者は同じ系譜とされているが、第2世代の限界を超えて開発された第3世代であることから当然異なる要素も持ち合わせていると考えられる。CBTが思考の内容を変化するようコントロールするモデルであるのに対し、マインドフルネスはその内容自体と距離を取り、自分自身を受容するところに特徴があるとすると、両者には相反する要素が含まれているといえる。MBCTはその両方を導入したプログラムであり、一見相反する要素がどのように治療的効果を挙げているのかについても注目することとする。

2. プログラムとしてのMBCT

A. MBCTプログラムの概要

初めに、MBCTプログラムの概要について、伊藤(2016)を参考にしながら紹介する。このプログラムは、12名程度からなるうつ病寛解者のグループを対象に行われる。2-2.5時間のセッションを週1回、計8セッションで構成される。さらに、1日のサイレント・リトリートに追加で参加することも推奨されている。基本的には1名のインストラクターと1-2名のサブ・インストラクターが同席する。

1回のセッションは、①マインドフルネス瞑想、②瞑想の振り返り、③ホームワークの振り返り、④新しい瞑想の紹介や詩の朗読などのエクササイズ、うつ病に関する心理教育など、⑤ホームワークの説明、という構成で進められる。②瞑想の振り返りについては、Segal, Williams, & Teasdale (2013)において、「問い(inquiry)」として紹介されている。ホームワークは、毎日時間を決めて取り組む瞑想(フォーマルなプラクティス)と、日々の生活をマインドフルに整えること(インフォーマルなプラクティス)の2種類がある。各セッションの内容を、“Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression”第2版(Segal, et al., 2013)を参考に表1にまとめた。なお、参考とした著書の初版

は2002年に刊行され、日本でもその訳書が出版されているが(Segal, Williams, & Teasdale, 2002 越川訳 2007)、その後2013年に、プログラムの内容の微細な変更および新たな章の追加がなされた第2版が出版された。

B. MBCTトレーナーズ・トレーニングの概要

次に、筆者らが参加したMBCTトレーナーズ・トレーニングについて説明する。本トレーニングは、カリフォルニア大学サンディエゴ校のマインドフルネスセンター(UCSD Center for Mindfulness)の企画によるものである。カリフォルニア州ベタルマにある宿泊施設にて、2016年2月14-19日に5泊6日の合宿形式で行われた。インストラクターは2名であり、1人はMBCTの創始者のひとり、もう1人はMBSRのインストラクター教育に関する有資格者であった。参加者36名の集団形式であり、毎日3度の食事の前後にセッションを行った。

なお、初回のセッションにて、トレーニング期間はロールプレイを織り交ぜたセッションの進め方の指導を行うと同時に、参加者自身がSilenceの経験を深めていくよう求められた。Silenceによって自分の頭の中にスペースを作ることができるが、同時に孤独や不安が入り込んでくる、という難しさもある。それを断つ(refrain)ことが、MBCTにおいて重要な一歩である、ということが示され、朝食時と昼食時およびその前後の自由時間は参加者同士の会話は禁じられ、Silenceを味わうように指示された。

MBCTプログラムは、ごく一般的な「講義を受けた後に実践に入る」という順序とは異なり、まず体験をしてみて、後にその体験について分析してみる、という大きな特徴をもつ。今回のトレーニング・プログラムもそのような構成となっているということが、インストラクターによって語られた。具体的には、6日間のうち前半3日間は、プログラム内のプラクティス(表1に表記)について、インストラクターの教示に従って体験し、その意図や役割についてディスカッションを行った。後半の3日間は参加者自身が担ってインストラクターになり、プラクティスを行った。同時に、2つの小グループに分かれ、参加者同士のロールプレイとインストラクターによるSVが行われた。事前に全日程のおおまかな内容と一日のタイム・スケジュールに関する情報は得られるが、その他の詳細な情報は与えられない。

参加者は心理士や臨床心理士が過半数を占めていたが、その他ソーシャルワーカーや精神科医、SCなど、

表 1. MBCTプログラムの各セッションの内容

タイトル	テーマ	セッション内での主なプラクティス (太字はメインとなる活動)	ホームワーク
1 気づきと自動操縦	食事や体の間隔、日常的な経験に対して意図的に、マインドフルに注意を向けることで、自動操縦状態から抜け出す。	・ レーズン・エクササイズ ・ ボディスキャン (呼吸への注意から始める) ・ ホームワークについて話し合う (タイミングや妨害となるもの)	・ ボディスキャン (20分程度) ・ 日常生活の中のマインドフルネス
2 頭の中で生きている	体に注意を向けるという体験的な方法を用いて、反すう思考に陥ることなく嫌な出来事に気づく。	・ ボディスキャン ・ 思考と感情のエクササイズ (「通りを歩いていたら…」) ・ 嬉しい出来事日誌 ・ 座瞑想 (10分間)	・ ボディスキャン ・ 呼吸へのマインドフルネス (10分間) ・ 嬉しい出来事日誌 ・ 日常生活の中のマインドフルネス
3 散らかった心をまとめる	呼吸と体を用いて、マインドフルな現在へと意図的に「戻って来る」、バラバラになるマインドを寄せ集め落ち着かせる、「することモード」から「あることモード」へと自分を緩める。	・ 「見る」(or「聞く」)エクササイズ ・ 座瞑想(呼吸と体への気づき) (30分間) ・ 3分間呼吸空間法 ・ マインドフル・ストレッチ ・ 嫌な出来事日誌	・ ストレッチと呼吸のマインドフルネス or マインドフル・ムーブメント (40分間) ・ 嫌な出来事日誌 ・ 3分間呼吸空間法 (定例: 1日3回)
4 嫌悪感を認める	「嫌悪」=嫌な気持ちや感覚への習慣的なマインドの反応を体験的に調査する。マインドフルネスによって、物事に対してより広い見方をし、経験に対して別の方法で関わることで、現在にとどまる。	・ 「見る」(or「聞く」)エクササイズ (5分間) ・ 座瞑想 (30-40分間) (呼吸、体、音、思考、現在に起きているあらゆることへの気づき) (「野生の雁」の詩を読む) ・ 自動思考質問紙、うつ病の診断基準 ・ 3分間呼吸空間法 ・ マインドフル・ウォーキング	・ 座瞑想 ・ 3分間呼吸空間法 (定例) ・ 3分間呼吸空間法 (嫌な気持ちに気づいたとき)
5 そのままでいる	全ての体験に価値判断や変化させようとするのではなく、ありのままを「受容」する気持ちを意図的に持つことで、嫌な気持ちや感覚と異なる関係をもつ。	・ 座瞑想 (30-40分間) (呼吸と体、プラクティス中の困難に気づく) ・ 呼吸空間法 (応用) ・ 詩「ゲストハウス」を読む	・ 困難とともに行う座瞑想 ・ 3分間呼吸空間法 (定例) ・ 3分間呼吸空間法 (嫌な気持ちに気づいたとき)
6 思考は現実ではない	今までとは異なる思考との関係をつくる。ネガティブな気分をマインドの移りゆく状態として、ネガティブな思考をそうしたマインドの状態が歪めて作ったものとして捉える。	・ 座瞑想 (30-40分間) (呼吸、体、音、思考や気持ちへの気づき、特に、浮かんでくる思考といかに関係を作るかに気づく) ・ 気分、思考、今までとは違う見方のエクササイズ ・ 思考へのより広い見方をする「第一歩」としての呼吸空間法・再発のサインについて話し合う	・ 最低40分、プラクティスを選択して行う ・ 3分間呼吸空間法 (定例) ・ 3分間呼吸空間法 (嫌な気持ちに気づいたとき)
7 自分を大切にすること	ネガティブな気分と直面した際、自分を大切にすること、自分の警告サインのパターンを理解し、喜びと達成感を得る、あるいはマインドフルになるために呼吸空間法を用いる。	・ 座瞑想(呼吸と体への気づき) (30-40分間) ・ 活動と気分のつながりを探索するエクササイズ ・ 栄養を与えてくれる活動と、消耗する活動のバランスを取る ・ 喜びと達成感の活動リスト・「はじめての第一歩」としての呼吸空間法 ・ 再発予防のための行為を決める ・ 3分間呼吸空間法orマインドフル・ウォーキング	・ 最低40分、プラクティスを選択して行う ・ 3分間呼吸空間法 (定例) ・ 3分間呼吸空間法 (嫌な気持ちに気づいたとき)
8 維持と新たな学びの広がり	新しい生活の仕方の計画を立てる。	・ ボディスキャン ・ コース全体で学んだことの振り返り・プラクティスのモチベーションを保つ方法について話し合う・終わりの瞑想でクラスを終える	

* セッションの中ではかならずHome practice reviewを行う。また、Practiceの後は必ずReviewを行う。

多様な立場の者が集まっていた。また、参加者が普段臨床において使用している言語も多様であり、我々日本人を含め、ロールプレイにおいてはその言語を用いることが許されていた。

3. 分析手続き

先述のように、本論は筆者らが参加したMBCTトレーナーズ・トレーニングの体験を元に、体験的に理解した内容を整理する。言語の壁もあることから、トレーニング参加中に随時、学んだ内容を3名で確認し、できるだけ正確に理解するように努めるととも

に、体験を通して得られる新鮮な学びを共有した。なお、筆者らは日本で刊行されているSegalら(2002)の翻訳書である越川(2007)を通読し、1年にわたる勉強会を行って臨んだ。したがって、ここでいう体験的理解とは翻訳書を読んだだけでは十分に理解できなかったが、トレーニングに参加したことによって深まった理解を意味する。

今回のトレーニング参加によって教科書的理解を超えて体験的に理解が深まった部分について、3名で合議した結果、1) プログラムのモジュール性、2) インストラクターの態度 (KindnessとSelf-Compassion)、3) ワーク後の問い (Inquiry) に集約された。しかし、

結果的にこれらの3点は、Segalら(2002)の第2版(Segalら, 2013)において加筆された部分に相当すると考えられた。この3点はまさに初版に含まれていなかった部分であり、第2版において加筆すべき重要な内容であると考えられた。したがって、以下では第2版で加筆された章に準じて整理する。具体的には、1)プログラムのモジュラー構造はSegal(2013)の第18章「Reprise: The 3-Minutes Breathing Space as the Spine of the Program」、2)インストラクターの態度(KindnessとSelf-Compassion)は第8章「Kindness and Self-Compassion in Mindfulness-Based Cognitive therapy」、3)ワーク後の問い(Inquiry)は同第12章「Inquiring into Practice and Practicing Inquiry」に相当するため、それらの章の内容を引用しながら、以下にその治療的要素を説明する。

4. MBCTのプログラムとしての治療的要素の検討

A. プログラムのモジュラー構造

トレーナーズ・トレーニングに参加したことによって体験的に理解が深まった第1点目として、MBCTプログラムにはモジュールがあるという点が挙げられる。

表1に示したように、各週にはタイトルがあり、第1週「気づきと自動操縦」、第2週「頭の中で生きている」、第3週「散らかった心をまとめる」、第4週「嫌悪感を認める」、第5週「そのままにいる」、第6週「思考は現実ではない」、第7週「自分を大切にする」、第8週「維持と新たな学びの広がり」とされている。各週、複数のワークが含まれており、一つ一つのワークには個々としてのオリジナルの要素がある。しかし、各週のワークの内容は、日にちの経過とともに徐々に変化しており、体験的に理解が深まるような段階的な構造があるように感じられた。筆者らが参加したトレーナーズ・トレーニングでは、前半の2日間で8週分のプログラムの主なワークを立て続けに実施するため、このような構造がより強く感じられたのかもしれない。

では、実際にはどのような構造があるのだろうか。MBCTはMBSRにCBTを組み合わせたものと理解していたが、トレーナーズ・トレーニングに参加し、MBCTの構造は図1のようにあらわすことができると考えられた。当然のことながら、MBCTにはマインドフルネス、CBTがあると考えられたが、後半には予防が組み込まれていた。そして、マインドフルネス、

CBT、予防の各構成要素が、時間経過とともに緩やかにそのバランスを変えようという構造があると考えられた。最初はマインドフルネスが中心的なワークであるが、徐々にCBTの要素が大きくなり、後半(第6週)からは予防の要素が入っていた。なお、これらの各構成要素のバランスは各ワークに費やす時間といった量的な割合を示しているのではなく、あくまで筆者らが主観的に重要性を感じた割合であるため、実際の体験にはこれらの構成要素のバランスは多少異なる可能性がある。

ちなみに、Crane(2008)はMBCTにおけるCBTのカリキュラム要素として、以下の点を挙げている。第2週の「思考と感情のエクササイズ」、第4週「うつ病の領域についての学習」、第6週「別の観点と感情のエクササイズ」、第7週「活動と気分のつながりの理解」、第6～8週「再発予防のためのアクションプランの作成」。具体的なワークの名前は翻訳の問題もあり多少異なるが、筆者らの認識とほぼ重なる。ただし、筆者らは2週目「嬉しいできごと日誌」、3週目「嫌なできごと日誌」、第7週「活動と気分のつながりを探索するエクササイズ」については、出来事や活動や気分を想起するだけでなく、その感じを味わうことが必要とされることから、CBTだけでなくマインドフルネス的な要素もあるように感じられた。そのため、これらについては両方の要素を持つと考えた。

また、上述のように、週毎に特定のタイトルがあるが、週単位の変化だけではなく、より大きなスパンで段階的な変化があると感じられた。このようなより大きなスパンの変化をテーマとして表すと、前半の3週間は「注意や意識の集中(Concentration)」が、3週目の中盤から6週目の4週間は「曝露(Exposure)」が、そして最後の6週目から8週目までの3週間は「対処(Coping)」がテーマとなっていると考えられた。集中、曝露、対処というテーマの変化は、実は瞑想そのものの中にも含まれる変化とも考えられるが、この変化がプログラム全体にわたって巧みに仕込まれているといえる。これがプログラムのモジュラー構造であり、マインドフルネス、CBT、予防という構成要素が段階的に組み込まれていることによって、より大きなスパンの体験的な変化が得られると考えられる。なお、曝露の中心に位置する第5週のワークはMindfulnessのみとなっているが、これは自身に向き合い受け入れるという心理的な負担の大きい回であると考えられることから、ここでは対処よりも体験を十分に感じることに主眼が置かれていると考えられる。

なお、このようなモジュラー構造はプログラム全体に見られるだけでなく、プログラムの中に繰り返し登場するいくつかのワークそのものにも認められた。具体的には、プログラムの中に繰り返し登場する3分間呼吸空間法や坐瞑想自体は、プログラムの中で繰り返し行われるワークであるが、実は週を追うごとに少しずつワークの内容が変化し、体験が精緻化するプロセスが内包されている。

3分間呼吸空間法については、Segal, et al. (2013) の第18章に詳細に記述されている。3分間呼吸空間法は第3週から第7週まで繰り返し導入されている。しかし、それらが導入される具体的なタイミングと内容については、週によって段階的な変化が見られる。第3週目は「プログラム前の時間に一日3回」という形で導入され、第4週目には「不快な感情に気付いたときに“Responsive”な呼吸瞑想をする」、第5週目には「不快な感情に気付いたときに“Responsive”な呼吸瞑想をする。また、身体を通して“困難に対して拓かれた”感覚を持つ」、第6週目には「考えをより広く広げる前の“最初の一步”として“Responsive”な呼吸瞑想をす

る」、第7週目には「不快な感情や考えに気付いたときに、マインドフルな行動をする前に“最初の一步”として“Responsive”な呼吸瞑想をする」と週を追うごとに変化している。3分間呼吸瞑想法が体験プロセスの中で段階的に構造化されているといえる。

このような視点でワークを眺めると、坐瞑想も週を追うごとに坐瞑想の仕方そのものが変化し続けていることに気付く。坐瞑想は、第2週目には「Breath」、第3週目にはBreath「+ Body」、第4週目にはBreath + Body「+ Sound」、第5週目にはBreath + Body + Sound「+ Thoughts」、第6週目にはこれまでのすべて、第7週目は第6週目と同様である。

以上より、3分間呼吸空間法でも坐瞑想でも、各々の瞑想のどれかを単発で導入すればよいのではなく、MBCTには各瞑想の教示内容が段階に変化していた。このようなモジュラー構造によって、体験的理解が徐々に深まると考えられた。

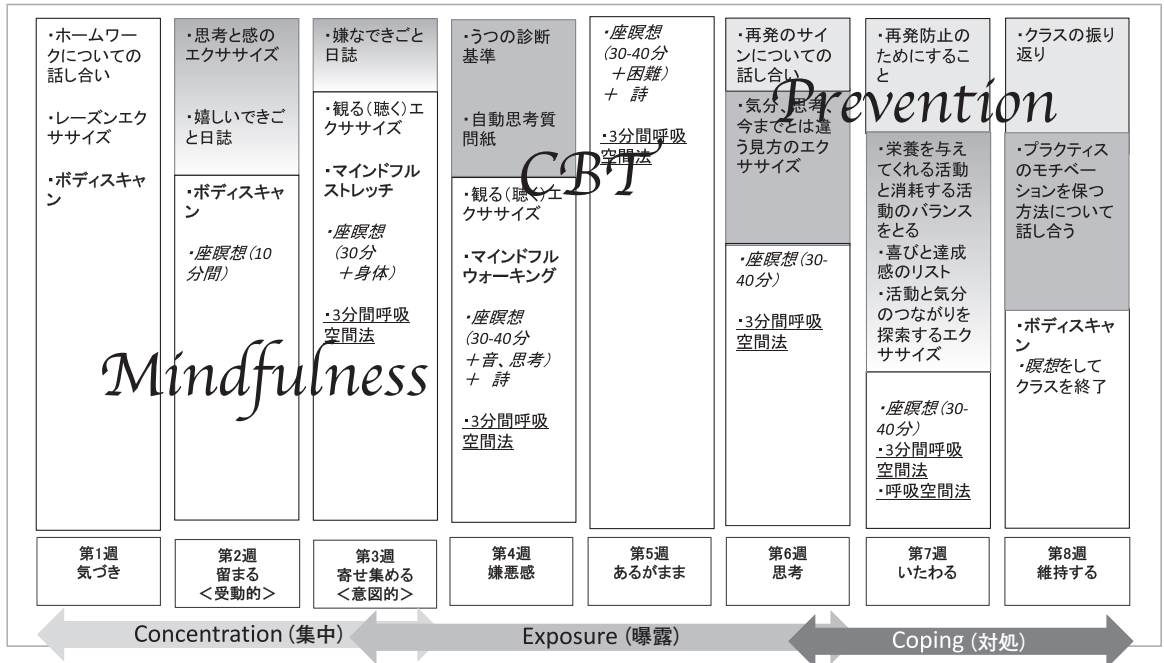


図1. MBCTプログラムにおけるワークのバランス—マインドフルネス, CBT, 予防に注目して

□ は Mindfulness, □ は CBT, □ は Prevention
 Bold は身体を使った活動, 斜字は瞑想, 下線は呼吸法

B. インストラクターの態度 (KindnessとSelf-Compassion)

第 2 版にて追加された第 8 章「MBCTにおける KindnessとSelf-Compassion (Kindness and Self-Compassion in Mindfulness-Based Cognitive Therapy)」において言及されているように、全てのプラクティス・問い (inquiry)・指導は、Kindness と Compassion の精神とともに提供されるべきである (Segal, et al., 2013)。一般的には、Kindnessは優しさ、Compassionは思いやり、哀れみ、慈しみ、慈悲などと訳されているが、今回は微妙なニュアンスの違いによる混乱を避けるため、以降も Kindness, Compassionと表記する。

Kuyken, et al. (2010) が MBCT の再発予防効果をもたらす要因を検討した結果、最も説明力が高いのは Self-Compassion であり、これが高いとネガティブな感情に対する認知的反応性が高まっても抑うつ状態に発展しないことが示された。伊藤 (2016) は Neff (2003) の研究をまとめ、MBCTにおけるSelf-Compassionの効果について「自己を社会と隔絶した人間としてではなく人とつながりの中で認識しつつ、自身に対して温かな声かけができるようになることが、MBCTの効果を左右する」と述べている。

マインドフルネス瞑想の中には、自分自身や他人に対する Compassion に焦点化したフォーマルなプラクティスも存在する。たとえば Williams & Penman (2011) では、思いやりの瞑想 (befriending meditation, あるいは loving and kindness meditation と呼ばれることもある) として「私ができる限り幸せで健康でいられますように」「私が安心して生きられますように」などの言葉を思い浮かべ、その言葉に対する自分の思考、感情、行動したいという反応に耳を傾ける方法を紹介している。この瞑想では、上記の言葉を思い浮かべる対象を自分から親しい人物、良く知らない人、苦手な人へと広げ、究極的には地球上の生きとし生けるものに対して愛や思いやりをもつことを最終的な目標としている。

しかしながら、MBCTにおいてはCompassionについての明確な実践や瞑想は行われない。その理由として、Segal, et al. (2013) は、①参加者の「Kindness」の体験は、インストラクターの参加者を歓迎する態度、瞑想プラクティスのガイダンス、参加者からの質問やコメントに対する反応の質によってもたらされる、②精神疾患にかかった人には、lovingkindnessのプラクティスは脆弱性を刺激する要因になりうる、③プラクティスの目的が意図的になること (intention)

ではなく loving feeling そのものであるように見えた場合、参加者の「愛することができない、愛されない」という既存の感覚を強化しかねない、という 3 点を挙げている。したがって、MBCT プログラム内ではインストラクターの態度やセッションの雰囲気において Compassion が表現されていることが不可欠な要素となっている。

以下では、今回のトレーナーズ・トレーニングにおいて筆者らが体験した Kindness, Compassion について、①インストラクターの態度、②セッションの雰囲気に寄与するその他の要因に大別して述べる。

①インストラクターの態度として筆者らが今回のインストラクター 2 名に対して感じた最も重要な点は、「インストラクター自身がセッションの場でマインドフルになること」である。以下、インストラクター自身のマインドフルネスが感じられた 3 つの場面について述べる。

まず、各プラクティスにおける教示に関して、参加者である筆者らにとって全く違和感がなく、必要なタイミングで適切な教示が与えられ、そこには一種の心地良さすら感じられた。実際の場面では、インストラクターのひとりが教示文を読み上げるのではなく、参加者と一緒にプラクティスを行いながら教示を出しており、もうひとりのインストラクターが後ろでその場を見守る、という体制によって行われていた。また、プラクティス中の教示について、インストラクターのひとりには「意識の 70% は自分自身のプラクティスに、残りの 30% をクラス全体に注意を向けており、状況に応じてその割合を変化させる」と述べていた。インストラクター自身がプラクティスの場でマインドフルになることにより、自然で適切な教示が可能になると考えられる。

また、プラクティス後のディスカッションの際、参加者からの質問に対し、インストラクターがすぐに回答したり、場をつなぐような言葉 (フィラー) を挟んだりすることなく、十分な時間を取って質問を味わい、回答する様子がうかがえた。通常の会話との違いに初めは違和感を覚えたが、セッションを重ねるごとに、インストラクター自身が質問を受けた際の自身の反応に注意を向け、意図的 (intentional) に回答を選択している、ということが感じられた。第 2 版においても、参加者にネガティブな言葉をかけられたとき、インストラクターの萎縮してしまうような反応 (reaction of contraction) は自然なことであり、その反応を、上手な対応を準備する瞬間を知らせるサインと

して感じ取る、というマインドフルな態度が必要であるとされている。

加えて、今回のトレーナーズ・トレーニングはアメリカで開催されたこともあり、筆者らにとっては異文化な場で過ごすという難しい状況であった。それにも関わらず、その場に受け入れられている感覚、何かにチャレンジしてみても、逆に何も発さずただそこに居るだけでも、許されているという感覚が実感できた。こうした感覚には、インストラクター自身の態度が大きな要因のひとつとして寄与していたと考えられる。参加者自身がインストラクターになってプラクティスを行う際、インストラクターのひとり「その場で何が起きてても良いと思っていた」と言っていた。このようなインストラクター自身の「全てOK」という姿勢は、意識するにせよしないにせよ、参加者に伝わり、それが受容されている感覚として実感されることが考えられる。

②セッションの雰囲気に参加するインストラクター以外の要因として、筆者らは以下の2点を実感した。

第一に、Silenceの効果である。本プログラムでは朝食および昼食時とその前後の自由時間は会話を禁止されていた。Silenceの間、自身の周りの環境に対しての気づきが広がる、あるいは深まる感覚を得た。たとえば、セッションが行われるホールから食堂へ向かう間の自然豊かな道をゆっくりと歩いたり、食事を一口一口味わって食べたりと、一瞬一瞬を丁寧に感じることは、単なる注意のコントロール以上の、自分がその場にいるという実感を一種の尊さや温かさを伴って抱くことができた。第二に、参加者同士が互いに尊重し合う環境である。共同生活において相手に自分の存在が受け入れられていること、相手の存在を自分が受け入れていること、そして、セッションにおいて誰もが発言者の言葉に静かに耳を傾けていることが実感できることで、この場にいることを歓迎されている感覚が喚起させられた。

しかしながら、ただ日常の中でSilentな時間を設ければ同様の効果が得られる、というわけではないだろう。また、参加者同士が尊重しあう雰囲気も、自然に発生するものではないと考えられる。まず、先述のようにプログラムの中でインストラクターが手本となり、マインドフルな態度および受容的な姿勢を体現することで、参加者自身が受容的な態度でセッションに臨むことができるようになる。さらにこうしたマインドフルな環境の中でSilenceを実践することによって、上述のような自分の存在に対する尊さや暖かさが実感

できると考えられる。このように、参加者のKindnessおよびCompassionを向上させる「場を整える」という意味でも、インストラクターの態度は重要な要素であると考えられる。

C. ワーク後の問い (Inquiry)

セッションにおいては、ホームワークとプラクティスの体験を振り返る時間がそれぞれ10~15分間設けられる。これは問い (Inquiry) と呼ばれる時間で、第2版にて追加された12章に説明されており、インストラクターを含む参加者の間でなされる交流であるとされている (Segal et al., 2013)。問いのプロセスは、体験に関する以下の3つの質問内容から構成される。

1. 「体験している今この瞬間に何を感じましたか (What did you feel in this moment?)」
2. 「今の体験はいつもとどのように違いましたか (How different between now and usual?)」
3. 「この体験がうつ予防にどう役立つと思いますか (How does this work prevent relapse depression?)」

3つの質問は1から順になされる。質問1では、メンバー個人が実践を直に体験した中で気づいた思考や気持ち、身体感覚の描写に焦点を当てる。質問2では、日常との比較により、メンバーの体験が個人の文脈において理解され位置付けられる。そして質問3では、体験をより広い文脈に位置付け理解することで、MBCTの最終的なねらい、つまり、うつの再発を防ぎ健康を向上させることにリンクさせる。これは個人の体験の一般化を促すため、語りを聞いている他のメンバーも共感や異なる視点の獲得により体験の理解や学びを深めることが可能になる。以上のプロセスを踏むことによって、体験が同心円状の文脈的広がりを見せ、グループのすべてのメンバーが自らの生きる様々な文脈に体験を位置付けていくことができるとされる (Segal et al., 2013)。問いの時間にメンバーが参加し体験を語り共有することで、ホームワークやプラクティスの体験が深まりや広がりを見せるため、問いのプロセスもまた重要なマインドフルネス体験であると考えられる。

インストラクターは、短くシンプルな言葉で伝え返したり質問したりすることで、メンバーを今ここにおける生の体験に気づくよう促し、それが文脈に位置付けられるようサポートする。問いのやり取りの中で、インストラクターは質問を用いて以下の3つのキーメッセージを伝えていく。

1. 体験への気づきが重要である。
2. マインドフルネスは知るといふ感覚を培うことに関連する。単に特定の箇所に注意を向け続けるというより、瞬間瞬間に体験の中で起きていることを、細かく丁寧に感じることである。
3. マインドフルネスは心と身体に起きていることを、より一般化して理解することを含み、特定の注意焦点化を超えるものである。

メンバーを直感的な生の体験に接することができるよう支えながら、これらのメッセージを伝えるという狙いを達成するのはスキルを要し、特にインストラクターの初学者にとっては困難な作業である (Segal et al., 2013)。トレーナーズ・トレーニングではメンバーがインストラクターのロールをとるロールプレイ・トレーニングが行われたが、問いのロールプレイのみ、逐次的にスーパービジョンを受けながらのトレーニングが行われた。なぜなら、すでに述べたように、問いにおけるインストラクターの言葉の選び方や伝え方、焦点の当て方、次のメンバーへの質問の移り方など、ひとつひとつがメンバーの体験や学びの質を大きく左右するからである。スーパービジョンにおいて、インストラクター役のメンバーは、個人によって語られた体験を短く印象的な言葉でまとめ、伝え返すよう指導された。プログラムのインストラクターの問いの伝え返し方を振り返ると、インストラクターは語りを聴いた自身の反応を感じながら、内から出てくる言葉をゆっくりと場にこぼし、落とされたシンプルな言葉は波紋のように場に広がっていった。言葉がつくる波から、筆者らを含むメンバーはインストラクター自身がマインドフルネスを体現していることを感じ取り、言葉の余韻が再びメンバー自身の体験へと返るよう誘ったように思われる。

加えてスーパービジョンでは、体験を深めるような質問をするように指導された。例えば、「眠気を感じました」という発言に対し、単に伝え返すだけでなく、「そのときどんな身体感覚がしましたか」など、生の体験へと導くような質問がよいとされた。我々が感じ取ったこととして、インストラクターは問いの実践において、今あたかもその体験をしているかのような微細な語りや、今までに感じたことのない驚きや発見に満ちた体験の語りを奨励していたようであった。また、スーパービジョンは逐次的に行われていたため、場の動かし方についての言及は少なかったが、インストラクターの実践では、個人の体験を引きだしながらも、集団の力動や流れを常にアセスメントし、問

いの時間をつくりあげていたように感じられた。つまり、場に対して十分にマインドフルであった。インストラクターは、トレーニングに参加しているメンバーの多様さや特徴 (今回はマインドフルネス実践を行っており、臨床への応用を考えている人々) を考慮しつつ、場の流れを瞬間瞬間に感じ、マインドフルな時間と空間を支えていたように感じられた。このように、問いは非常に繊細かつ広い気づきを要する作業であり、熟達には訓練と自身のマインドフルネス実践を要することは明白であるが、裏を返せば、問いのプロセスはメンバーのみならずインストラクターにとっても非常に貴重な学びの時間であると言える。

5. 考察

A. MBCTのプログラムとしての治療的要素

本論では、筆者ら自身がMBCTトレーナーズ・トレーニングに参加したことによって得られた体験的理解を元に、プログラムという形を取るMBCTの治療的要素を検討した。その結果、プログラムのモジュラー構造、インストラクターの態度 (KindnessとSelf-Compassion)、ワーク後の問い (Inquiry) の3点に治療的要素があると考えられた。以下では、3点を軸にしながらMBCTの治療的要素について考察する。

プログラムのモジュラー構造では、要素やテーマという視点をを用いて、プログラムのプロセスにおいてどのような体験的変化が起こり得るかを検討した。MBCTは一つ一つのワークから構成されており、各週のタイトルに掲げられる体験過程を経ていくように構造化されていることは、成書を見るだけでも明らかであった。しかし、ワークを実際に体験する中で、3分間呼吸空間法や坐瞑想といった各ワークそのものも段階的に変化するよう構造化されていることを改めて感じた。つまり、毎週毎週の参加を経て、段階的に体験的理解が深まる構造が内包されているといえる。また、毎週の体験をより大きなスパンでとらえると意識の集中、曝露、対処と取り組むべきテーマの変遷があると考えられた。

このような段階的変化が起こすところに治療的要素があると考えられるが、MBCTの場合、プログラム全体に特定のアプローチや志向性を持った構成要素 (マインドフルネス、CBT, 予防) が段階的に布置されているモジュラー構造があるという点が重要と考えられる。MBCTのワークの一つ一つは有用であるが、最も重要なことは治療的な体験的変化がプログラム全体を

通して、時間経過の中で段階的に起こることである。本論では、治療的な体験的変化が促されるメカニズムを検討するために特定のアプローチや志向性を持った各要素に分類するという作業を行った。しかし、重要なことは一つ一つの要素が単に内包されているのではなく、これらの要素がプログラム全体にモジュールとして巧みに布置されている全体性であるといえよう。

なお、Crane (2008) は「MBCTの中でCBTは脱中心化した視点を養う・心の性質をより深く見抜く・うつ病について知る・うつ病の再発脆弱性に対処するための気づきとスキルを養う、といったことのために、明確な意図を持って使用されている」と述べている。MBCTは、うつ病の再発防止という具体的な治療を目的に開発されたプログラムである。MBCTの一般の参加者がこのような治療的要素まで知る必要はないのかもしれないが、日本の臨床心理学でMBCTを活用する場合には、実践者はこのプログラムに内容されている治療的要素を自覚的に活用しなくてはならないだろう。そのような意識がないと、瞑想やレーズンワークなどといった部分的要素を切り取った形でMBCTと同等の効果を期待してしまう危険性もある。

次に、Self-Compassionがプログラム全体を通してもたらされることの治療的意味について考察する。先述のように、MBCTにおいてSelf-Compassionは最も重要な要素でありながらも、プログラムの中にはCompassionそのものに焦点を当てたプラクティスは含まれておらず、プログラム全体を通して参加者自身が身に付けていくものとされている。マインドフルネスを初めて治療に取り入れたKabat-Zinn (1990) は、瞑想によって「私たちは個々の人間としての全体性をもっていると同時に、社会というより大きな全体の一部でもある、ということを知覚することができ、この全体性への気づきが癒しをもたらす」と説明している。ここでの癒しとは「視野を完全に変えつつある」、すなわち、偏見や先入観に邪魔されず、今までとは違った全体的な視野で問題の本質をとらえ解決に導くことができるようになり、今までネガティブな思考プロセスによって限定していた自分自身の限界を取り払い、自分の可能性に気づく機会を与える、ということである。こうした視野の変化は劇的にやってくるというよりも、瞑想を続ける中で少しずつ深まっていくことが一般的であるとされている。今回のトレーナーズ・トレーニングにおいて筆者らの感じた「この場にいることが許されている、歓迎されている感覚」は、

自分の全体性を感じ取る体験の一部であると考えられる。すなわち、MBCTにおいても、プログラムの中で参加者が分裂した思考や孤立感などを全体性と結びつけている認識に変えるプロセスが生じ、その結果として自分の可能性への気づきを広げることができる、ということが推察される。こうした自分への受容的な態度は、先述した伊藤 (2016) のMBCTにおけるSelf-Compassionの効果と重なるものである。

しかしながら、Kabat-Zinn (1990) によれば、こうした自分の可能性への気づきは「あるがままに存在する」というトレーニングの結果であり、決して何かに到達するための方法として瞑想を使うのではない。人間は生まれたときからすでに一つの全体であるから、全体性は到達するものではなく感じ取るものであり、瞑想は自分の全体性を垣間見る窓口なのである。このことから、MBCTにおけるSelf-Compassionにおいても、目的的に到達したり教えてもらったりするのではなく、参加者自身がプログラムの過程で感じ取っていくものであると考えられる。すなわち、プログラムの一環として特別な瞑想を入れずにSelf-Compassionを到達目標として明示せず、参加者が自らの全体性を感じ取る結果として育むことができるよう、インストラクターの態度によってその環境をプログラム全体として整えることが、MBCTにおいて重要な点のひとつであることが推察される。

ここまで、プログラムのモジュラー構造およびインストラクターの態度という視点から、MBCTのプログラムとしての治療的要素を考察してきた。この両方を同時に感じることができるのが、実はワーク後の問いであると考えられる。マインドフルネスやMBCTについては、瞑想やレーズンワークといった個別のワークを行う印象が強いかもしれない。そして、ともすれば、ワークさえすればワークの体験によってマインドフルネスな状態になれると考えられがちではないだろうか。もちろん、ワークの体験をすることそのものによって、マインドフルネスな状態になることはできるであろう。しかし、本論で注目したのは、ワークをした後の問いである。問いはワーク後に少し感想を聴けばよいというものではない。また、参加者にとっても理想的な感想を言ったり、場当たりのコメントを提供したりすることが重要なのではない。体験を意識に上らせて言葉にし、グループで共有することで広げ深めていく問いのプロセスこそ、ワークを治療的に用いるために重要なのである。

問いの作業を支えるのはインストラクターである

が、Segal et al. (2013) はインストラクターのマインドフルな態度が最も顕著に伝わる機会が問いのプロセスであると指摘している。インストラクターは体験の中で学ぶことを支えるために、メンバーに対し体験にオープンになるよう質問を投げかける。メンバーがその質問にオープンな気持ちで感じたままを語るためには、質問のオープンさのみならず、インストラクターの態度、さらには場の雰囲気がオープンであることが求められる。また、先述の通り、メンバーがプログラムを通じて kindness と compassion を持てるようになるために、インストラクターが手本となり、参加者への尊敬、あたたかさ、援助的な態度、compassion の本質と言ったマインドフルな態度を体現していくことが必要不可欠なのである。

したがって、問いのプロセスでは実践者としての熟達度が非常に顕著に表れるともいえる。インストラクターはマインドフルネスの実践者であることの必要性が指摘されている (Segal et al., 2013) のは、そのためであろう。実際にトレーナーズ・トレーニングの問いの時間において、筆者らはインストラクターから「どんな意見も真摯に受け止めてもらえる」「体験を探索することが自由である」「純粋な好奇心をもって体験を聴いてくれている」などの感覚を体験した。さらに、インストラクターが主となり作りあげられた、オープンでありながら安定しており、静かでゆったりとした居心地の良い時間と空間が、筆者らメンバーを自身や自身の体験、他者の語りに対し素直にさせていたようであった。これらは、インストラクターの日々のマインドフルネス実践のなせる業であると考えられる。インストラクターの問いは、いずれも“OK.”“Good.”“Thank you.”といった言葉で締めくくられる。「受け入れられている」「歓迎されている」という感覚を、インストラクターの態度と言葉を通じ体験することは、今の自分が体験していること、特に不快感情や嫌悪感を抱いている自分自身をありのまま受け止める作業に役立つと考えられる。

以上より、MBCTには確かに CBT とマインドフルネスという一見相矛盾するような構成要素が含まれているが、モジュールとして段階的に組み込むという工夫によって治療的な効果を上げていると考えられる。さらに、プログラムを運営するインストラクターが終始一貫してマインドフルな態度でいることによって、これらの正反対の要素がプログラムの全体性の中で、各々の治療的効果を発揮できる安定的な基盤として機能していると考えられる。それを具現化する直接的な

体験が、問いであると考えられる。

B. MBCTの日本における適用に向けて

本論では、MBCT プログラムは 8 週間にわたるプログラムの中で、個々のワークだけでなく、毎週の経験を経て段階的に体験が積み重ねることによって治療的効果が得られると考えられた。しかし、8 週間毎週通うことは参加者にとっても実施者にとっても容易ではなく、現実的な難しさもあるであろう。このような理由から、実践に際しては期間を短くしたり、ワークを取捨選択するといった簡易的な試みがなされることもあると考えられる。しかし、上述のように、MBCT プログラム自体の効果を期待するのであれば、やはりプログラムの全体性を崩すわけにはいかないであろう。もし、やむなく崩すことがあるとするとそれは精緻化された MBCT そのものと同じものにはならないと考えるべきであろう。一方で、8 週にわたって、同じプログラムを行えばよいということでもない。重要なのは、形式そのものを忠実に守るのではなく、本論で論じられた治療的要素が何かを十分に理解し、インストラクター自身がプログラムの構成要素として十分機能することである。もちろん、実際には、MBCT も含めすべての実践はその時そのメンバーの中で紡ぎだされる唯一無二の体験であることは言うまでもない。また、体験を重視する MBCT プログラムにおいて、その治療的意図を検討する本論はあまり治療的ではないかもしれない。しかし、MBCT を治療や援助の枠組みで実践するのであれば、より効果的に実践する必要がある。そのためには、繰り返しになるが、少なくとも実践者はその治療的意図を十分に理解しておく必要があるであろう。

また、本論では MBCT のプログラムとしての治療的効果を具体的に体現する要素として、ワーク後の問いが重要であると考えられた。しかし、もし、日本で同じような問いを行ったら、どのようなことが起こるであろうか。一般的に、日本人はシャイで大人しいといわれるが、問いのように内的な体験を深く掘り込む質問をされること、そしてそれを集団の中で語るように促されることに対しては、かなり抵抗が強いと考えられる。ここは上述のインストラクターの能力が問われるところでもあるが、一方で、文化的な特徴については積極的に考慮されるべきところもあるであろう。問いは確かに重要ではあるが、プログラムの全体性の中で緩やかに変化が起これば、何が起これてもよいという姿勢で、あまり無理をしないで進めるという判断

も必要と考えられる。

また、MBCTのワークの中にはいくつかPoemが含まれている。タイミング的には4週、5週であり、丁度曝露がテーマとなる心理的には苦しい時期に導入されている。ここにもプログラムがモジュールとして巧みに構成されていることが窺われる。Poemの導入意図は、恐らく、参加者一人一人とインストラクターという2者関係ではなく、Poemによって第3者的な視点からその苦しみを共有するところにあると推察される。ただし、日本で海外の実践と同じPoemの翻訳を読むこと、あるいはPoemを材料とすること自体についての文化差についても検討してみる必要もあるであろう。上述のように、すべては治療的な意図を持って導入されている。したがって、重要なことはその治療的意図であり、その意図をより効果的に実現するには、果たしてどのような形がよいかを、地域や文化差、時代の違いなどを考慮したうえで柔軟に考えることも必要と考えられる。

C. 本研究の限界と今後の課題

以上、本論では、MBCTのプログラムとしての治療的効果について検討した。筆者ら自身の体験的理解を元に検討したことにより、翻訳書や成書を読むだけではわからない考察を得ることができたと考えられる。

ただし、本研究には以下のような限界と課題がある。本研究は3者の合意を得て検討するという手続きを踏んだが、その材料となったのは筆者らの主観であり客観性については課題があると考えられる。また、その人数が3名であるという点で、理解や認識に偏りがある可能性もある。今後は、客観的な評価指標を用いる、分析者と参加者を分ける、インフォーマントの量を増やすことが必要と考えられる。

また、本論では、プログラムのモジュラー構造があることを指摘した。しかし、筆者らは実際のMBCTに参加したのではなく、それを教えるためのトレーナーズ・トレーニングに参加した。そのため、実際のMBCTではワークの連続性だけでなく、モジュラー構造を一週間という間隔を空けながら緩やかに体験することとなる。今後は、MBCTそのものに参加することによってその構造がどのように体験されるかを検証する必要がある。

付記：本論を執筆することを快諾し、図表を確認して下さいましたインストラクターに心より感謝申し上げます。

引用文献

- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., Ito, S., Tanaka, M., Ifuku, Y., & Nakayama, T. (2009). The efficacy of mindfulness-based meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *Journal of palliative medicine*, 12, 1091-1094.
- 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.
- Bartley, T. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for cancer*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 193-209.
- Britton, W. B., Haynes, P. L., Fridel, K. W., & Bootzin, R. R. (2010). Polysomnographic and subjective profiles of sleep continuity before and after mindfulness-based cognitive therapy in partially remitted depression. *Psychosomatic Medicine*, 72, 539-548.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 403-412.
- Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 553-568.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*, Routledge 大野裕 (監修), 家接哲次 (2010) 30のキーワードで学ぶ マインドフルネス認知療法入門. 創元社.
- Dimidjian, S. P., & Goodman, S. P. (2009). Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52, 498-515.
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 72-79.
- 藤田彩香・橋本壘・嶋田洋徳 (2013). 児童に対するマインドフルネストレーニングがADHD 症状改善に及ぼす影響. 発達研究：発達科学研究教育センター紀要, 27, 63-70.
- 藤田一照 (2016). マインドフルネスと無心—無心のマインドフルネスに向かって— 精神療法, 42, 469-475.
- Hasenkamp, W., and L.W. Barsalou. (2012). Effects of meditation experience on functional connectivity of distributed brain networks. *Frontiers in Human Neuroscience* 6: 38. doi: 10.3389/fnhum.2012.00038 .
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press. 春木 豊 (監修)・武藤 崇・伊藤義徳・杉浦義典 (監訳) (2005). マインドフルネス&アクセプタンス—認知行動療法の新次元—. プレーン出版.
- 平野美沙・湯川進太郎 (2013). マインドフルネス瞑想の怒り低減効果に関する実験的検討 心理学研究, 84(2), 93-102.
- 池埜 聡 (2014). 日本における“マインドフルネス”の展望 人間

- 福祉学研究, 7(1), 63-79.
- 井上ウィマラ (2005). 呼吸による気づきの教え—バーリ原点ア—
ナバーナサティ・スッタ詳解— 佼成出版社.
- 伊藤義徳・安藤治 (2005). マインドフルネスの講義が受講生の認
知—感情状態に及ぼす影響— 食べる瞑想を中核とした心理教育の
効果. *トランスパーソナル心理学/精神医学*, 6(1), 55-62.
- 伊藤義徳 (2016). マインドフルネス認知療法—科学的心理療法と
仏教の邂逅. *精神療法*, 42, 46-53.
- 伊藤義徳・安藤治・勝倉りえこ (2009). 禅の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(3), 233-239.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom
of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell
Publishing. (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)
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Mindfulness-based
cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and
Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 193-203.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., ... &
Song, S. K. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy
as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or
generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26, 601-606.
- 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.
- 近藤育代・越川房子 (2016). MBSR/MBCTのグループ療法. *臨床心
理学*, 16, 450-455.
- 熊野宏昭 (2012). 新世代の認知行動療法. 日本評論社.
- Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, Evans A,
Radford S, Teasdale JD, & Dalgleish T. (2010). How does mindfulness-
based cognitive therapy work? *Behavior research and Therapy*, 48,
11, 1105-1112.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi,
G., Hayes, R., ... & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based
cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual
patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*.
doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline
Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M., & Williams, J.
M. G. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive
therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis).
Journal of consulting and clinical psychology, 80, 817.
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure
Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- 大谷 彰 (2014). マインドフルネス入門講義. 金剛出版.
- 大谷彰 (2016). アメリカにおけるマインドフルネスの現状とその
実践 *精神療法*, 42, 491-498.
- Philippot, P., Nef, F., Clauw, L., Romrée, M., & Segal, Z. (2012). A
randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for
treating tinnitus. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19, 411-419.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A
randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and
group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia.
Scandinavian Journal of Psychology, 51, 403-410.
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2013). Mindfulness-Based Cognitive Therapy
for People with Chronic Fatigue Syndrome Still Experiencing Excessive
Fatigue after Cognitive Behaviour Therapy: A Pilot Randomized Study.
Clinical psychology & psychotherapy, 20, 107-117.
- Semple, R. J., & Lee, J. (2007). *Mindfulness-based cognitive therapy
for anxious children: A manual for treating childhood anxiety*.
New Harbinger Publications.
- 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.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-
based cognitive therapy for depression: A new approach to
preventing relapse. Second edition* New York: Guilford Press.
- 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.
- 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.
- Williams, M. & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to
finding peace in a frantic world*. Piatkus. England. 佐渡充洋, 大野裕
(監修) (2016). 自分でできるマインドフルネス: 安らぎへと導か
れる 8 週間のプログラム. 創元社.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. and Kabat-Zinn, J. (2007).
*The Mindful Way through Depression - Freeing Yourself from Chronic
Unhappiness*, Guilford press
- Wolman, B. B. (Ed.) (1996). *The Encyclopedia of Psychiatry,
Psychology and Psychoanalysis*. Henry Holt and Company.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L.,
Hale, T. S., Pataki, C., & Smalley, S. L. (2007). Mindfulness meditation
training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study.
Journal of Attention Disorders, 11, 737-746.