

研究論文

マインドフルネス瞑想体験と気分の変化

～心理療法の治療的視点からの考察～

渡 辺 克 徳

Katsunori Watanabe

I. はじめに

1.1 マインドフルネスとは

マインドフルネス瞑想は、ストレス低減、集中力の向上、免疫機能の向上、ダイエット効果、思いやりや共感性の向上など、様々な効果が期待できるので、現在、ビジネスの世界や医療の中でも積極的に取り入れられている。このような世界的な潮流の源泉のひとつとしてあげられるのは、世界的なIT企業であるグーグルが積極的にマインドフルネス瞑想に取り組んだその成果を公表していることであろう(e.g.サンガ, 2015)。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。この言葉のものの意味は「ここ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覚ます想起のはたらき、心にとどめておかせる働きとしての注意力」であった(e.g.北川・武藤, 2013)。つまり、マインドフルネスとは新しい考え方ではなく、もともと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) という形で実践されてきたものである。マインドフルネス・エクササイズは多様なものがあるが、仏教的な瞑想に由来するものでは3000年の記録がある(北川・武藤, 2013)。

一方でマインドフルネスは、精神疾患に対する効率的・効果的な心理療法のアプローチとしても注目されている。なかでも認知・行動系の心理療法では第三世代の認知行動療法として実証的な研究が行われている。以下では、認知行動療法でマインドフルネスが注目されるようになった経緯について触れておく。なお、本研究におけるマインドフルネスの定

義は、日本マインドフルネス学会に従いマインドフルネスを、“今、この瞬間の体験に意図的に意識を向け、評価をせずに、とらわれのない状態で、ただ観ること”と定義する。“観る”は、見る、聞く、嗅ぐ、味わう、触れる、さらにそれらによって生じる心の働きをも観る、という意味である。

1.2 思考から距離をおくということ

心理的治療の一般的なモデルは、まず病理を発生させる素因を特定し、それを変化させる介入を行うというものである。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中心であった。よって、認知行動療法の場合は、治療の前後でネガティブな認知が減るかどうかを測定する研究が本筋である。ところが1980年代後半、うつ病の治療を行っても素因がなくならないことを示す研究が登場した(e.g. Teasdale & Dent, 1987)。治療を行っても素因がなくならないのである。言い換えれば、ネガティブな思考はなくならない、変わらないということである。このことは認知行動療法の基本仮説(ネガティブな認知を除去することで不安や抑うつを低減する)に疑問を呈することになった。とはいえ、認知行動療法が高い効果をあげているのは事実であった。では、改めて認知行動療法はどのように効いているのであろうか。Barber & DeRubeis (1989)は、認知行動療法の効果はネガティブな認知を低減させることではなく、そのような思考を生じた時にもうまく対処するスキルを身につけていることと考えた。Teasdale et al. (2002)は治療によって抑うつの再発予防ができた場合、否定

的な認知が浮かんでもそれを意識して距離をおけるようになることを見いだした。つまり、ネガティブな思考から距離をおくことが重要であるという知見である。これらの研究が治療的なマインドフルネス瞑想の理論的な基盤になっている。杉浦（2008）は、フォーカシング、認知行動療法、瞑想など多くの治療技法に共通する否定的な思考から距離をおくスキルについて、複数の治療理論には共通する要素があることに触れている。筆者も効果があった心理療法には距離をおくスキルが獲得されていることが、他の多くの心理的治療に共通する重要なメカニズムであると考えている（e.g. 渡辺, 2016）。

1.3 注意機能への注目

自分自身の思考から距離をおくというスキルは注意機能が関係していると考えられる（e.g. 渡辺, 2001）。人は意識を自分の外・外界に向けたり、自分自身の内界に向けたりすることができる。この注意の切り替えを担っているのが注意機能と考えると、距離をおくスキルには注意機能が重要であることは間違いない。マインドフル瞑想でもネガティブな思考にとらわれることなく、呼吸のような地味な刺激に注意を向け続けるためには、注意を能動的に統制する必要がある。この注意機能に特化した介入法の代表的なものにWellsの注意訓練法があげられる（e.g. 熊野ら, 2012）。注意訓練では、中性的な音刺激（日常生活音）に能動的な注意を向ける練習を行うことで各種の不安障害やうつ病への治療効果が確認されている。まさにマインドフル瞑想における注意のコントロールという部分を切り出した治療法といえる。注意訓練で得られた効果は注意機能の役割についての直接的なエビデンスといえる（杉浦, 2008）。また杉浦（2008）は、パニック障害や不安障害に有効である筋弛緩法の効果と作用メカニズムに関する複数の研究を興味深くまとめている。筋弛緩法は筋緊張に直接働きかける方法に見えるが、実際には生理学的な筋弛緩は認められず主観的な不安低減の効果のみもつという結果報告があること。そ

して筋弛緩が生じていないとすれば不安低減の効果はプラセボ効果ではないかという研究報告。もしくは、筋弛緩法の実施においては微妙な身体感覚に注意を向ける教示を行う。とすると筋弛緩法にもマインドフル瞑想と同様の注意のコントロールが奏功している可能性について触れている。

1.4 プラセボ効果について

ヒトを対象とした臨床研究ではプラセボ効果は無視できない。心理療法の世界でも、心理療法の効果にはプラセボが大きく影響していることを示す研究がある（e.g. Lambert, 1992）。視点を変えれば、臨床実践においては、いかにプラセボ効果を有効に活用するか含まれてくる。

近年においてプラセボ効果を意識するのは、治験の研究報告であろう。製薬会社が行う二重盲検試験の結果説明を聞くと筆者などはプラセボ群が思いの外、改善していることに驚かされる。本研究においてプラセボ効果について調べるうちに、プラセボ効果自身についての研究は多くなく、その定義も困難なことが見えてきた。詳細について述べることは本研究の主旨からずれるので、本研究では加藤（2013）を中心に論じる。加藤は、脳科学を信条とする時代にあってプラセボの研究は、正当な科学的治療から排除されている観があり、心理社会的側面について正面から問題にする姿勢は今日の医学には乏しいと最初に述べ論を展開している。筆者が注目した内容は、プラセボの語源（placebo）は死者のための挽歌のことであり、元来プラセボはなくなった人の死を悼む祈りの意味がこめられていたことである。心理療法でのプラセボには希望や期待が含まれると考える筆者には興味を持たざるを得なかった。次に本研究に関する内容として、プラセボの作用は、本来の薬理作用とは異なるものであり、薬理学的機序は全く同じではないことである。この点は、先にあげた筋弛緩法が身体的な弛緩に影響をあたえているものではないが、不安は低減するということと似ていると捉えたのである。うつ病の場合、抗うつ剤と

プラセボでは、結果としてうつ症状が改善することがあるが、その作用機序は異なるということである。プラセボによる効果は、脳科学的にはドーパミンが関与する報酬系で理解することができる。これは先の希望や期待と関連するところであろう。つまり、抑うつや不安などの精神的な症状に対して効果があった場合、注意機能・距離をおくスキルやマインドフルネス、そしてプラセボが大いに関係していると考えられるのである。

1.5 本研究の目的

上述したように現代の心理療法、とりわけ不安や抑うつ・疼痛のコントロールにおいて、その治療効果やその作用機序をエビデンスとして捉えた場合、マインドフルネスについて触れずに実践を行うことは難しくなっている。

しかし、マインドフルネス（瞑想）という捉え難い現象をどのように研究するのかは未だ開発の余地がある。マインドフルネス瞑想の研究方法は、その特殊性から瞑想の達人を被験者として分析したものや個々の瞑想体験を分析したものが中心であった。また、マインドフルネス尺度も開発されているがやはり操作的なものであると考えられる。つまり、信頼性や再現性が乏しいと考えられるのである。しかし、近年ではマインドフルネスに関する研究も進み多数の書籍が出版され、中にはマインドフルネス瞑想を体験するためのCDが付属されている。同じCDを用いれば再現性の質が高く保たれると考えられる。そこで本研究では、市販のマインドフルネス瞑想CDを用いて一般人がどのような気づきや変化を体験するのか探索的に研究することを目的とし、まずは気分の変化について調査・分析することとした。

II. 方法

2.1 一般人を対象とした調査研究

2018年10月6日（土）に仁愛大学で行われた公開講座「マインドフルネスって何だろう？～現代心理療法の視点から～」への参加者に対しアンケート調

査を行った。マインドフルネスに関する講義およびマインドフルネス瞑想の実施前と実施後に気分の変化を測定するためPOMS（Profile of Mood States）短縮版を実施した。アンケート調査票は、性別、年齢、マインドフルネス体験前・後のPOMS得点と個人的な意見・感想を自由記述で求めた。【倫理的配慮】アンケート調査への協力は任意であり、強制されるものではないこと、個人情報適切に処理されることを調査用紙に明記し、かつ口頭により説明を行った。調査用紙の提出をもってアンケート調査への協力に同意とみなした。

公開講座は全体で90分。前半の講義内容は、現在マインドフルネス瞑想が注目されていること、心理療法としてのマインドフルネスの効果を認知行動的な視点から解説した上で、後半約40分のマインドフルネス瞑想体験を行った。瞑想体験は、一般的な再現性が担保されるよう市販されているマインドフルネス瞑想のCD教材を用い渡辺が解説を加えながら選択部分を実施した。

＜マインドフルネス瞑想で用いたCD＞：グーグルのマインドフルネス革命（サンガ, 2015）より「身体に気づくプラクティス（3：40）」「呼吸に気づくプラクティス（1：37）」「マインドフルネス瞑想（12：08）」、実践！マインドフルネス（熊野, 2016）より「注意訓練法（14：08）」

選択理由：グーグルのマインドフルネス革命は一般人向けのマインドフルネス瞑想の教示であること、実践内容としては瞑想の基本である身体への気づき、呼吸への気づき、そしてマインドフルネス瞑想というくりで作成されたセッションであることが瞑想の体験として望ましいと判断し選択した。

注意訓練法については、メタ認知療法の開発者であるWellsの理論に従い作成されたものであり、注意機能訓練に特化したものであるため採用した。

＜POMS短縮版＞：30項目の問いに答えることにより、気分の状態を6つの尺度（不安-緊張、抑うつ、怒り-敵意、活気、疲労、混乱）により測定する心理尺度である。

2.2 比較調査研究（認知的バイアスを考慮して）

公開講座への参加者は一般人ではあるが、マインドフルネス瞑想への興味・関心が高いという認知的バイアスが仮定される。そこで参考として、仁愛大学人間学部心理学科の学生を対象として心理教育（解説）をせずに注意訓練をした群、心理教育をしてマインドフルネス瞑想および注意訓練を行った群の気分の変化（POMS得点）を調査した。倫理的配慮は2.1と同じ回答用紙を用いて実施し、学生に不利益は生じないこと、任意の参加であることを文書・口頭にて伝えている。

Ⅲ. 結果

3.1 一般群（公開講座参加者の分析）

参加者61名、有効回答数57名（回収率93.44%）、男性18名、女性38名、平均年齢（57.66±14.73歳）であった（年齢・性別の無記入は、加算せず処理している）。マインドフルネス瞑想体験の前後の気分変化をT得点化しt検定を行った。結果は、6尺度すべてにおいて有意な差が認められた（表1）。また、各項目ごとにT得点60点以上の者を臨床群とみ

なし同様にマインドフルネス瞑想体験前後の気分変化の差でt検定を行った。結果、臨床群では活気以外で有意な差が認められた（表2）。これらの比較をPOMS整理表を用いて示したのが図1である。次に性差により気分の変化が異なるのかt検定を行った。結果は、女性ではすべての項目において有意な変化が認められるのに対して、男性では活気（V）項目において有意な変化が認められなかった（表3、表4）。

3.2 参考比較群（学部ゼミ生の分析）

心理教育（説明）なし（注意訓練のみ）群：参加者6名、男性4名、女性2名、平均年齢（21.17±0.41歳）であった。注意訓練法体験の前後の気分変化をT得点化しt検定を行った。結果は、怒り-敵意項目のみ有意に変化した（表5）。次に、心理教育あり群を表す。

心理教育（説明）あり（マインドフルネス瞑想+注意訓練）群：参加者9名、男性4名、女性5名、平均年齢（20.78±0.83歳）であった。公開講座と同様の説明をした後、同様のマインドフルネス瞑想体

表1 気分（POMS）の得点変化の比較（全体）

	平均値		度数	標準偏差		t値	p
	実施前	実施後		実施前	実施後		
不安-緊張（T-A）	50.84	37.77	57	11.51	7.82	9.12	.00
抑うつ（D）	52.37	43.05	57	12.32	6.62	6.91	.00
怒り-敵意（A-H）	50.58	40.49	57	10.8	7.61	7.58	.00
活気（V）	46.91	42.81	57	9.76	12.05	2.84	.01
疲労（F）	51.67	41.42	57	9.62	6.4	8.59	.00
混乱（C）	53.73	44.46	57	12.22	9.75	6.87	.00

表2 気分（POMS）の得点変化の比較（臨床群）

	平均値		度数	標準偏差		t値	p
	実施前	実施後		実施前	実施後		
不安-緊張（T-A）	66.42	43.50	12	5.82	11.85	6.06	.00
抑うつ（D）	70.33	49.33	12	8.09	10.54	6.15	.00
怒り-敵意（A-H）	70.11	46.33	9	8.85	14.74	4.61	.00
活気（V）	36.71	37.78	14	2.76	7.48	-.43	.67
疲労（F）	68.14	47.14	7	4.88	9.15	5.53	.00
混乱（C）	70.47	51.53	15	7.43	11.96	6.30	.00

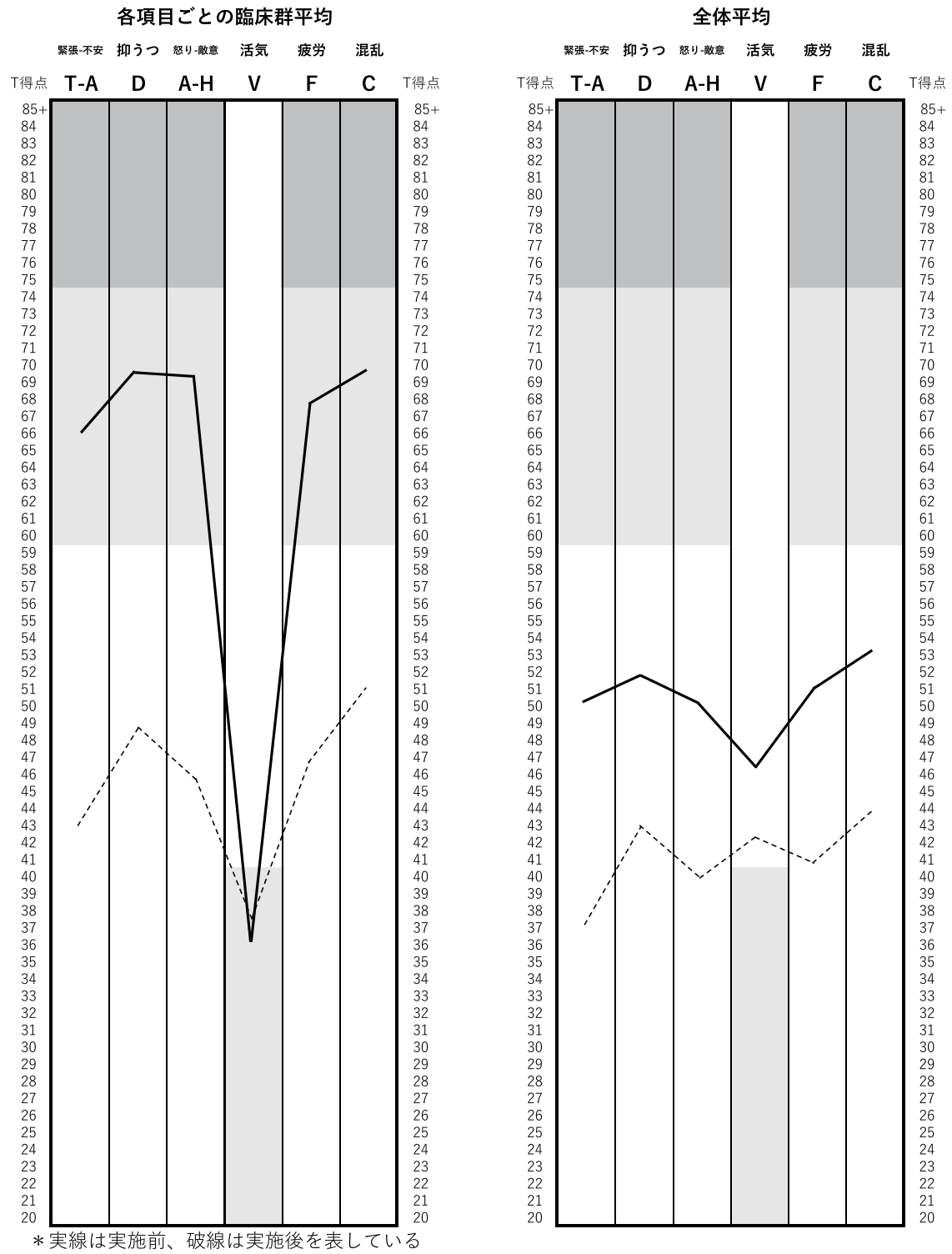


図1 POMS整理表を用いた気分の変化比較

表3 気分（POMS）の得点変化の比較（男性）

	平均値		度数	標準偏差		t値	p
	実施前	実施後		実施前	実施後		
不安-緊張（T-A）	50.94	39.56	18	12.07	9.62	4.50	.00
抑うつ（D）	52.22	44.06	18	12.43	6.10	3.84	.00
怒り-敵意（A-H）	50.67	42.06	18	9.73	7.63	4.04	.00
活気（V）	51.06	48.56	18	9.85	13.56	1.05	.31
疲労（F）	52.67	44.44	18	11.00	8.13	3.53	.00
混乱（C）	52.11	44.94	18	13.25	10.06	2.63	.02

表4 気分（POMS）の得点変化の比較（女性）

	平均値		度数	標準偏差		t値	p
	実施前	実施後		実施前	実施後		
不安-緊張（T-A）	50.78	37.70	37	10.36	6.38	8.01	.00
抑うつ（D）	51.38	41.73	37	11.51	6.40	5.76	.00
怒り-敵意（A-H）	50.57	39.73	37	11.34	7.50	6.23	.00
活気（V）	46.68	42.08	37	9.11	10.32	2.49	.02
疲労（F）	49.86	39.54	37	8.64	6.74	6.53	.00
混乱（C）	54.76	44.68	37	11.17	9.40	6.57	.00

験と注意訓練を行い、その前後の気分変化をT得点化しt検定を行った。結果は、怒り-敵意項目のみ有意傾向で、他の項目はすべて有意な変化が認められた。

IV. 考察

4.1 マインドフルネス瞑想体験と気分の変化

結果（表1）よりマインドフルネス瞑想を体験した人々は、その体験の前後でPOMSにより測定される6つすべての尺度領域で気分の変化を体験していることが明らかになった。また、臨床的に問題と考えられるT得点60点以上の臨床群では、活気において統計的に有意な差は認められなかったが、残りの5領域で有意な気分の変化が起きていることが明らかとなった（表2）。活気においては臨床群では得点変化が前後で上昇傾向にあるので、マインドフルネス瞑想を体験すると活気が少し上がるという、臨床的により望ましい結果が得られている。さらに変化をわかりやすく示すために図1を掲載したのであるが、気分において臨床的な問題を生じている者はより変化が大きいことが読み取れる。この変化は、

筆者の精神科・心療内科クリニックでの臨床経験とも一致している。クリニックに訪れるような臨床的に問題を抱えた人ほどマインドフルネス瞑想を体験した後の気分の変化は大きい印象がある。この調査は今後の課題である。

次に性差についてであるが（表4・表5）、活気において有意な差が認められている。男性は活気に有意な差は認められず、女性はすべての項目に有意差が認められた。このことは女性の方が暗示にかかりやすいことが関与しているのかもしれない。

4.2 心理教育（説明）の有無での気分の変化

マインドフルネス瞑想のような体験は、その教示や実施法の違いで結果に差が生じることが予想される。そこで一般群との比較として学部学生（ゼミ生）を対象に、心理教育あり群と心理教育なし群で気分の変化を測定比較した。手続き上、心理教育なし群は、注意訓練法のみとなってしまったが、体験実施前と実施後では怒り-敵意の項目で有意な変化が認められた（表5）。また、心理教育あり群では怒り-敵意の項目のみ有意差が認められず、他の項目では

表5 気分（POMS）の得点変化の比較（説明なし）

	平均値		度数	標準偏差		t値	p
	実施前	実施後		実施前	実施後		
不安-緊張（T-A）	57.00	51.17	6	20.10	15.84	1.22	.28
抑うつ（D）	58.33	58.33	6	17.01	18.42	.00	1.00
怒り-敵意（A-H）	42.33	38.33	6	3.33	2.16	3.65	.02
活気（V）	46.17	42.17	6	18.84	18.13	.64	.55
疲労（F）	55.83	57.50	6	16.17	14.98	-.35	.74
混乱（C）	58.33	66.50	6	22.66	19.94	-.91	.41

* 注意訓練のみ

表6 気分（POMS）の得点変化の比較（説明あり）

	平均値		度数	標準偏差		t値	p
	実施前	実施後		実施前	実施後		
不安-緊張（T-A）	57.89	42.11	9	14.79	8.82	4.16	.00
抑うつ（D）	49.67	43.11	9	6.32	4.01	3.34	.01
怒り-敵意（A-H）	44.89	38.22	9	9.49	2.73	1.91	.09
活気（V）	45.67	34.33	9	3.64	5.96	7.05	.00
疲労（F）	53.78	44.78	9	9.86	9.64	2.79	.02
混乱（C）	55.33	40.78	9	11.11	15.65	3.57	.01

* * マインドフル瞑想 + 注意訓練

すべて有意な変化が認められた（表6）。この変化の違いは、心理教育（説明）を行うことにより事前にどのような効果や変化が期待できるのかあらかじめ知識として獲得できることから生じると考えられる。またメタ認知が関与しているとすれば、マインドフルネス瞑想体験に関するメタ認知的知識が獲得されるため体験への気づきが活性化されていることも考えられる。これらの結果は、マインドフルネス瞑想を治療的に用いる場合、心理教育の部分が重要であることを示していると同時に希望や期待を含めたプラセボの側面が考えられる。

4.3 本研究の課題と今後の展開について

本研究の結果は、マインドフルネス瞑想が気分の変化に及ぼす影響を測定しているのと同時に、心理教育的な部分がかったとはいえ、市販のCDを用いて体験しても十分な変化が期待できることを示唆していると言える。しかし、今回の被験者はあらかじめマインドフルネス瞑想に興味や関心を持った者が多数参加していることが考えられる。サンプルの偏りの問題である。また、マインドフルネス瞑想体験

への期待やその他の認知的なバイアスが気分の変化に影響を与えていることが考えられる。今後の課題としては、マインドフルネス瞑想による機能的変化とプラセボ等による変化を考慮していくことが重要と考えられる。これらの課題は近年の脳画像等を用いた研究法を用いて実験計画をより精密化することにより発展可能と考えられる。

次に、今回は実施直後の気分変化を測定したが、マインドフルネス瞑想を継続的に実施した場合に、どのような変化が起こるのか、また、瞑想本来の継続的な実施および変化を測定したものではないことなどが課題としてあげられる。実施方法や測定法を確立した上で、マインドフルネス瞑想実践の研究を発展させていきたい。

付 記

本論文は2018年度中部人間学会第18回大会での発表を加筆・修正したものである。また、この場をお借りして本研究にご協力いただいた調査協力者の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- Barber,J.P.,& DeRubeis,R.J (1989). On Second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 13,441-457.
- Douglas M. McNair, Maurice Lorr, JW P. Heuchert, LEO F. Droppleman POMS (Profile of Mood States) 短縮版／横山和仁 (訳・構成), 金子書房.
- 加藤 敬 (2013) プラセボ効果の吟味と精神療法の再評価ーうつ病に力点をおいてー, 精神神経雑誌, 第115巻8号, 887-900.
- 熊野宏昭 (2016) 実践！マインドフルネス 今この瞬間に気づき青空を感じるレッスン, サンガ.
- 熊野宏昭・今井正司・境泉洋監訳 (2012) メタ認知療法 うつと不安の新しいケースフォーミュレーション, 日本評論社／Wells (2009) METACOGNITIVE THERAPY FOR ANXIETY AND DEPRESSION,The Guilford Press.
- Lambert,MJ.(1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In Norcross JC & Goldfriend MR(Eds.), Handbook of psychotherapy integration, New York: Basic.
- サンガ編集部 (2015) グーグルのマインドフルネス革命, サンガ.
- 杉浦義則 (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, 第16巻, 第2号, 167-177.
- Teasdale,J.D. and Dent,J.(1987). Cognitive vulnerability to depression: an investigation of two hypotheses,British Journal of Clinical Psychology, 26, 113-26.
- Teasdale,J.D.,Moore,R.G.,Hayhurt,H.,Pope,M.,Williams,S.,Segal,Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression : Empirical evidence,Journal of Consulting and Clinical psychology, 70, 275-287.
- 渡辺克徳 (2001) 抑うつと自己注目に関する研究ー抑うつに自己注目は必要か。不合理な信念を用

いた研究の試み～, 関西学院大学文学研究科修士学位論文, 未刊行.

- 渡辺克徳 (2016) 認知行動療法における認知変容過程の分析と検証に関する研究ーメタ認知構造に注目してー, 関西学院大学博士学位論文.
- 渡辺克徳 (2018) マインドフルネス瞑想体験と気分の変化, 中部人間学会第18回大会抄録集, 23-24.