

1 マインドフルネスとは何か？ なぜ求められるのか？

① 臨床活用の文脈から

1

なぜマインドフルネスが関心を持たれるようになったのか？

近年、マインドフルネスへの関心が急速に高まっている。それを裏付けるように、マインドフルネスに関連する学術論文数は、2000年以降、指数関数的に増加している¹⁾。

それには、マインドフルネスに直接由来する要因が大きく影響している。具体的には、瞑想という治療技法の新奇性、臨床効果に関するエビデンスの蓄積、脳イメージングなどによる効果発現機序の解明といったことである。しかし、こうした要因が注目を集める背景に、世界的な疾病構造の転換があることは見逃せない。

1 急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化

疾病による社会的負荷を評価する指標のひとつに、障害調整生存年 (disability adjusted life years: DALYs) がある。これは、死亡による損失である years of life lost (YLL) と、生存はしているものの障害によって quality of life (QOL) が低下することによる損失である years of life with disability (YLD) の総和として推計される。

Murrayら^{2, 3)}によると、全世界におけるDALYsは、1990年から2013年にかけて、25.03億DALYから25.00億DALYへと微減して

いる。しかし、YLDの指標のひとつとなる障害を抱えながら生活する人の割合(Murrayの論文では、障害係数0.1以上の人と定義)は、1990年から2013年までに43%も増加している。つまり全体的なDALYの減少はYLLの減少によるところが大きく、YLDはむしろ増加していることがわかる。このことから明らかなように、世界の疾病構造が急性疾患から慢性疾患へと大きくシフトしているのである。

ベルナルは、「実験医学序説」⁴⁾の中で、症状の悪いときは「自然の征服者たる医師でなければならない」と述べているが、これはまさに“病因を特定し、これを除去する”急性疾患に対する医学的アプローチを示すものである。この具体例として、抗菌薬による感染症の制圧、外科的手技、抗癌剤などによる癌の根治などが挙げられる。これらが近代医学で大きな成果を上げてきたことに疑問の余地はない。

しかし、このアプローチが機能するためには2つの条件が必要である。1つは、病因が特定できること、もう1つは、その病因を除去できることである。裏を返せば、こうした2つの条件が満たされない慢性疾患では、このアプローチが機能しない。実際、慢性疼痛や一部の神経筋疾患、再発不安を抱えるがん患者など、原因の特定・除去が困難な患者が、症状の改善を求めてもそれが得られず「なぜ良くならないのか」と苦悩を深める光景を目にすることはめずらしくない。また、医療者がこうした患者に「痛みをどうかして下さい」と懇願され、急性疾患へのアプローチでは解決の手段がなく途方に暮れてしまうことも同様である。

以上のことから明らかなように、障害を抱えながら生活を続ける、いわゆるill health状態の患者には、急性疾患に対するそれとは異なるアプローチが必要である。それにもかかわらず、適切なアプローチが確立しているとは言いがたい。これが、現代医学が抱える大きな問題点のひとつである。こうした状況の中でマインドフルネスは、「症状の除去」とは異なるアプローチとして、ill healthに対する選択肢を提示している。これが近年、マインドフルネスが医学領域で注目を集めている大きな理

由であると筆者は考えている。

2 マインドフルネスが示す症状への関わり方

それでは、マインドフルネスが示す症状への関わり方とはどのようなもので、急性疾患に対するアプローチとどのように異なるのだろうか。また、効果を発揮するのはなぜだろうか。本項ではそのことを明らかにするために、マインドフルネスが基盤を置く仏教心理学の「四諦」(4つの心理)のうちの最初の3つについて、臨床的観点から解釈を加えていく*。最初に、苦しみの普遍性について、ノーマライゼーションの観点から述べる。次に、苦しみが発生するメカニズムについて、行動分析の観点から解説する。最後に、この苦しみから楽になるための方法論について、interacting cognitive subsystems (ICS)⁵⁾の観点から説明する。

*: 4つ目の真理(道諦)は、上述の3つを達成するためにマインドフルネスをはじめとした8つの実践徳目(八正道)を積み重ねることの重要性を説いたものなので、本項では割愛する。

2

苦しみがあるのは普通のことである —ノーマライゼーションの視点から—

1つ目は「苦しみがあるのは、普通のことである」という真理である。これは、Sumedho⁶⁾が述べたthere is sufferingを筆者が日本語訳したものである。我々は、痛みや不安、落ち込みといった不快な感覚や感情を体験すると、「他の人はうまくやっているのに、自分だけがうまくできていない」、「自分だけが不幸から抜け出せない」といった考えに陥りがちである。そして、このような考えが孤立感を深め、その孤立感がさらに落ち込みや不安といったネガティブな感情の増悪を引き起こすといった悪循環が生じる。

しかし、実際には、このような苦しみに陥るのは自分だけではない。世の中のあらゆる人が同じような苦しみを体験している。よって、苦しむことは万人に共通して認められる自然なことであることを、この真理は示している。

このことをマインドフルネスでは瞑想の実践を通して学習していく。瞑想中には、痛みや違和感といった身体的な不快感、「なんでこんなことをしなければいけないのか?」、「本当に体調はよくなるのか?」といった苛立ちや不安などの精神的な不快感に直面する。マインドフルネスの参加者は、そうした反応について丁寧に観察していくとともに、それが多くの参加者に共通して起きている反応であることを体験していく。これは、臨床的に言うと「ノーマライゼーション」に該当する部分である。「私だけが苦しんでいる」、「他の人は幸せなのに自分だけが不幸である」、「こうした「自分だけが」という考えからは孤立感や絶望しか生まれえない。絶望からは状況を変えようという意欲も思考も行動も生まれえない。一方で、「苦しむのは普通のことだ」という真理には、患者の置かれた状況をノーマライズする働きがある。その結果「多くの人がこの状況では同じように苦しむ。よって苦しみを感ずるのはきわめて自然なことであり、だからこそ、対応策を考えることは可能かもしれない」といった考えが生まれる。そうした考えが行動変容への希望と意欲につながるのである。

3 苦しみが生まれるメカニズム—行動分析の観点から—

1 苦しみが生まれるメカニズム

2つ目の真理は苦しみが生まれるメカニズムについてである。「苦しむ」が万人に認められる症状であるにしても、それに対応する方法を考えるには、こうした苦しみがなぜ生まれるのか、そのプロセスを理解する必要がある。それは一体どのようなものであろうか。

うつ病・不安障害

1 精神疾患分野におけるマインドフルネス

マインドフルネスに基づいた治療介入 (Mindfulness-Based Interventions: MBI) は、分子生物学者であった Kabat-Zinn が 1979 年に、マサチューセッツ大学医学部でマインドフルネスストレス低減法 (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) (もともとはストレス軽減・リラクゼーションプログラムと呼ばれていた) を始めたことに端を発している。当初は慢性疼痛の患者を主なターゲットとしており、必然的にエビデンスも主に身体疾患の分野が主で、不安障害に対する報告もあったが非常に限られたものであった。その流れが変わったのは 1990 年代に入り、Teasdale が認知行動療法と MBSR を融合させたマインドフルネス認知療法 (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) を開発してからである (図 II 章-2 参照)。MBCT のうつ病の再発予防に対する効果が無作為化比較試験 (RCT) で示されたことで、一気に心理療法としての広がりを見せるようになった。結果としてうつ病に対する研究が盛んになっただけでなく、不安障害、さらに他の精神疾患へと応用されるに至った。

本項では最初に、うつ病や不安障害に対する MBI のエビデンスを示す。その上で、なぜ MBI がうつ病や不安障害に対して有効であるのかを示すために、その中核となる「脱中心化」についてその意味や重要性を

説明する。最後に「脱中心化」を支える要素について説明を行っていく。

2 エビデンス

MBIのうつ病や不安障害に対する効果を検証するために数多くのRCTが実施され、最近ではそれらの結果を受けて、メタ解析も行われるようになってきている。

ここではまずStraussら¹⁾の研究を紹介する。この研究では現在、うつ病や不安障害と診断を受けている患者に対する無作為化比較対照試験を解析の対象としており、質の高いデータと言える。また、介入に関してもマインドフルネス瞑想を主としたMBSRやMBCTなどと限定しており、まさに本項のテーマに合致している。この研究では12の研究、578人が対象となった。うつ病に関しては4試験(160人)、不安障害に関しては8試験(418人)であり、不安障害の内訳は社交不安障害が3つ、心的外傷後ストレス障害、全般性不安障害、心気症が各1つずつ、残りの2つは複数の不安障害を対象としたものであった。対照群は5つがアクティブコントロール(4つは認知行動療法、残りはグループ心理教育)、残りがノンアクティブコントロールであった。うつ病と不安障害の研究を合わせた主解析の結果から述べると、効果量は中等度で、有意に改善を認めた($p=0.01$, 95% CI: 0.12-1.06, ES: 0.59)。疾患別のサブグループ解析の結果は、うつ病に対して効果量は中等度以上であり、有意であった($p=0.03$, 95% CI: 0.09~1.36, ES: 0.73)。一方で不安障害に対する効果量は同じく中等度以上であったが、有意とは言えなかった($p=0.09$, 95% CI: -0.09-1.18, ES: 0.55)。ただし、この結果の解釈には注意が必要である。結果に大きく影響した大きな要因として、対照群にアクティブコントロールとノンアクティブコントロールの両方が含まれている点が挙げられる。同じくサブグループ解析で対照群をアクティブコントロールとノンアクティブコントロールと

がん・緩和医療

1 マインドフルネスが重篤な疾患に有益な理由

1 重篤な疾患に対する心理状態

がんなどの生命に関わるような重大な病気への罹患体験に対して、マインドフルネスが有用な理由は複数ある¹⁾。診断を受けた患者は、それまでの世界観（人生観）を大きく揺るがされ、人生は予測不可能でコントロールできないものという認識を突きつけられる²⁾。自身の人生が有限であることに現実感を伴って直面し、外見、症状、機能、生活のあり方が大きく変わり、改善しないことも少なくない。

がん治療が終結した後も、たとえ予測される予後が良好であっても、多くの人が「いつなるとき再発・進行するかわからない」という、いわゆるがんの再発・進行不安を体験する。ちょっとした身体症状に誘発されて不安が沸き起こったり、不安のあまり自身の体調が気になり、“症状探し”をしてしまう結果、さらに不安が増幅してしまうこともある。

2 問題解決的コーピングと情緒に向けたコーピング

ストレスへの対応は、問題解決に向けた対処（problem-focused coping）と情緒に向けた対処（emotion-focused coping）とに大別される。ストレスに対して多くの患者が最初にとるのが前者である。たとえば、抗がん剤治療を受ける、医療情報を集める、健康に良いと言わ

れる食事や“療法”を求める，などである。こういった対策は，懸案となっている問題に対して「完全な解決策」があるときには有効であるが，そうでない場合は，不安をさらに掻き立てられる結果につながることも少なくない。病気が難治性の場合や，予後が予測不明の場合には，こういった行動をとっても「確実な良い結果」を得ることができず，どこまで行っても不安をぬぐうことができない。望ましい結果が得られないとき，多くの患者はコントロール感覚を取り戻そうとして，ますますその行動を強化するものの，それはそもそも終わりのない苦勞につながってしまう。多くの病気への対処に必要なのは，こういった問題解決に向けた対処ではなく，後者の情緒に向けた対処であり，マインドフルネスはその一助になりうる。

3 情緒に向けたコーピングとしてのマインドフルネス

マインドフルネスは，問題解決に躍起になっている人にとって，「そもそも人生で唯一確実なことは，物事はすべて変わりゆく，ということしかない」ことや，「ありのままに受け入れることこそが最も効果的な問題解決法という場合もある」と気づくことを助け，これが心の焦燥から解放される糸口になりうる。

ここでいう「受け入れ」とは，「あきらめ」や「何の対策もとらない」ことではない。責めても仕方がないことを責めることをやめ，自身の不快感情も回避せずに体験することによって，むしろ現実をきちんと見つめ，これまで回避や叱責に費やされていたエネルギーを本来行うべきことに向けてことによって，むしろ問題解決に最も効率的に取り組むことができる可能性が高まる。また，先入観を外して物事をありのままにみることができるようになると，人生や日々の体験に対してより深い感情や感覚を持って接することができるようになり，がんという制約や不快な症状があっても，周囲の人々とつながり・支えあっている感覚(コンパッション)を持ったり，困難に耐える力(レジリエンス)を高めたりするこ