

マインドフルネス認知療法の理論的背景と 臨床エビデンス

— 苦しみのメカニズムと介入効果 —

Theoretical foundations and clinical evidence of mindfulness-based cognitive therapy

— Mechanisms of suffering and therapeutic effects —

佐渡 充洋*

慶應保健研究, 44(1), 017-023, 2026

要旨：マインドフルネスは近年、医療のみならず広く社会に普及しているが、その効果機序や臨床的意義については十分に理解されているとはいえない。本稿では、マインドフルネス認知療法を中心に、理論的背景、介入の構造、ならびに科学的エビデンスについて概説した。マインドフルネスが想定する苦しみのメカニズムとして、不快な体験に対する「嫌悪」によって二次的苦痛が増幅される過程を示し、一次的苦痛そのものではなく、苦痛への関わり方を変えることが治療目標である点を論じた。マインドフルネス認知療法は、瞑想を中核としつつ認知行動療法の要素を統合した集団プログラムであり、呼吸や身体感覚から思考や気分へと観察対象を段階的に広げる構造をもつ。臨床エビデンスとして、再発性うつ病に対する再発予防効果や軽症うつ病に対する治療効果、さらに健常者のウェルビーイング改善効果などが報告されている。これらの知見から、マインドフルネス認知療法は医療および予防の両文脈において有用な介入であり、今後は効果機序の解明と実装方法の工夫が課題となる。

keywords：マインドフルネス認知療法、嫌悪、二次的苦痛、うつ病、ウェルビーイング

Mindfulness-based cognitive therapy、Aversion、Secondary suffering、Depression、Well-being

はじめに

マインドフルネスという言葉は、ここ十数年のあいだに人口に膾炙してきた。その射程は臨床の現場にとどまらず、ビジネスや教育など幅広い領域に及んでいる。その結果、マインドフルネスといえば、「リラックスのためのちょっとした技法」といったイメージも広がりつつある。マインドフルネスに取り組むことで結果と

してストレスが低減するため、この理解は必ずしも間違いとはいえない。しかし、マインドフルネスを単なるストレス低減の手段や技法と位置付けてしまうことには、その本質を矮小化し、マインドフルネスの背景にある「心に対する深い洞察」を無視してしまう危険を伴う。人々の心の苦悩を取り扱う精神医療の文脈や、健康な人々のよりよき生活のあり方を支える予

*慶應義塾大学保健管理センター

(著者連絡先) 佐渡 充洋 〒223-8521 神奈川県横浜市港北区日吉4-1-1

防医療の文脈でマインドフルネスを取り扱う際には、特にそうである。

そこで本稿では、マインドフルネスの専門家でない医療や保健に携わる人々に向けて、マインドフルネスの効果機序、構造やプログラムのステップ、科学的エビデンスについてまとめる。なお、マインドフルネスの概念を取り入れた介入にはさまざまなものがあるが、議論の拡散や混乱を防ぐため、本稿では、特にことわりのない限り、マインドフルネス瞑想と認知行動療法の技法が統合されたマインドフルネス認知療法について述べることとする。

嫌悪が苦しみを生む—マインドフルネスが想定する“苦しみのメカニズム”

後述の通り、うつ病や健常者のウェルビーイングの改善など、マインドフルネスにはさまざまな介入効果についてのエビデンスがある。では、なぜマインドフルネスは効果を発揮するのだろうか。それを理解するためには、マインドフルネスが想定する「なぜ人間は苦しむのか？」を知る必要がある。

それは、「不快な体験を嫌悪するから」である。

不安や落ち込み、恐怖、あるいは身体の痛み——こうした体験は誰にとっても不快なもので

ある。私たちはそのような不快な感覚を覚えると、本能的にそれらを避けたい、取り除きたいと感じる。こうした反応は「嫌悪」と呼ばれる。たとえば、目の前に危険な野生動物が現れたとしよう。私たちは瞬時に危険を察知し、この状況から一刻も早く逃れたいと感じる（嫌悪）。そして実際に逃げることで、危険を回避し命を守ることができる。このように、不快な感覚を嫌悪するという反応は、生物が好ましくない環境から身を守り、生存していくためにきわめて重要な本能である。

しかし、嫌悪という反応は、常にうまく働くとは限らず、かえって逆効果になる場面もある。そのひとつが、落ち込みや不安、痛みなど慢性的に続く症状に対するときである。こうした症状は不快なので、すぐに無くなってほしいと我々は強く願う。それは自然な反応であるが、どんなに強く願ってもすぐにはなくなる。それにもかかわらず症状が消失することを願えば願うほど、「なぜなくなるのか!」「いつまで続くのか!」「なぜ私ばかり!」といった思考が反芻を始め、感情の渦に巻き込まれていく。その結果、主観的に感じるストレスがさらに増大してしまうのである（図1）。

このようにもともとある不快な症状（これを一次的苦痛という）に対し、これを「嫌悪」す

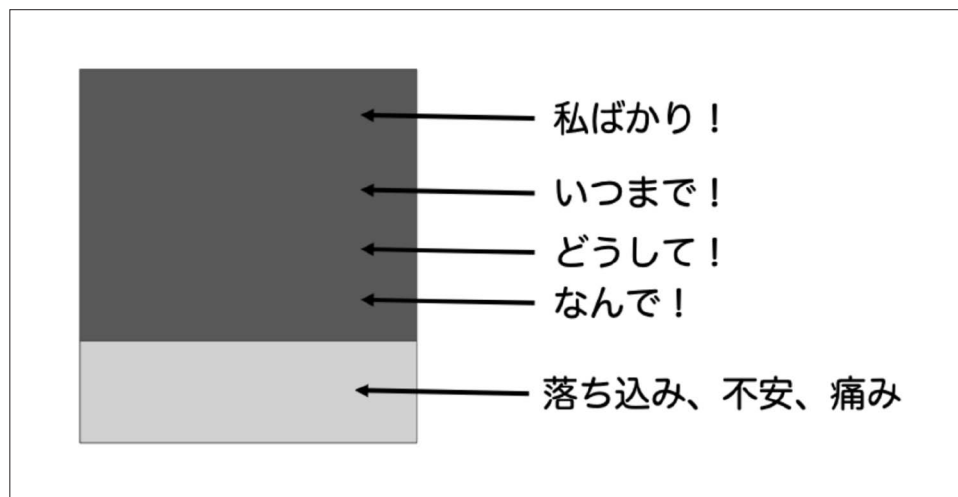


図1 「嫌悪」が苦痛を深める

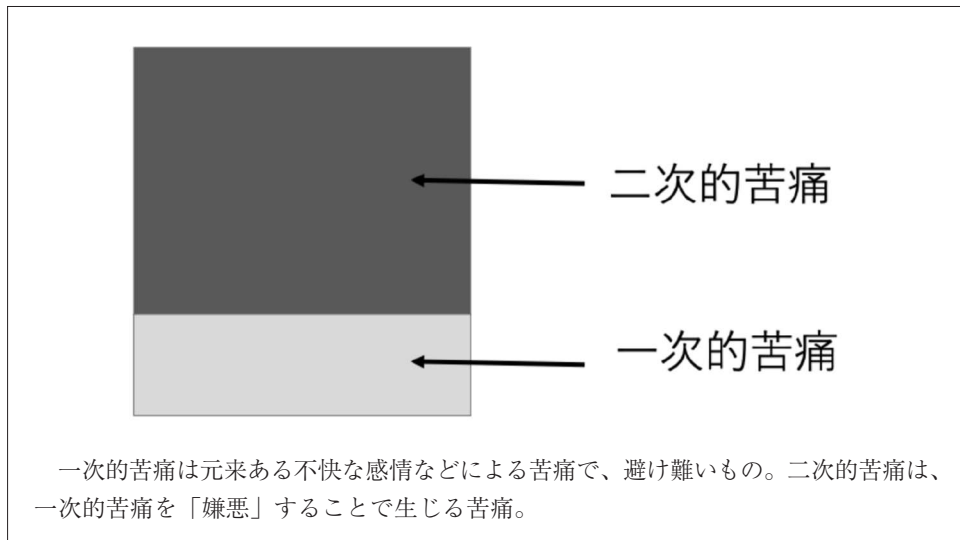


図 2 - a 一次的苦痛と二次的苦痛

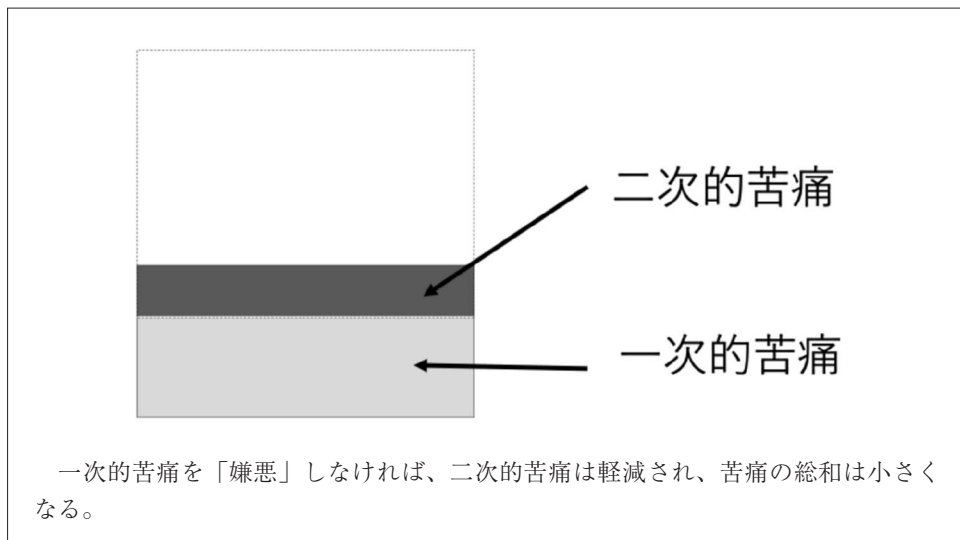


図 2 - b 一次的苦痛と二次的苦痛

ること生じる苦痛のことを二次的苦痛という（図 2 - a）。一次的苦痛は、人間として避けがたい自然な感情であり、これをなくすことはできない。一方、二次的苦痛は、一次的苦痛を嫌悪することで生じる苦痛であり、いわば自分で生み出した苦痛とも言える。私たちが主観的に感じる苦痛は一次的苦痛と二次的苦痛の総和であるため、一次的苦痛を嫌悪すればするほど、トータルで感じる苦痛は大きくなってしまうことになる。

ではどうすれば良いのだろうか。二次的な苦

痛は一次的苦痛を嫌悪することで生じるので、これを嫌悪しなければ、二次的苦痛を小さくできるのである（図 2 - b）。

とはいえ、不快な感覚を嫌悪しないというのは、言うは易し行うは難しである。なぜなら、不快な感覚を避けようとする、すなわち嫌悪するのは私たちの本能だからである。そのため、それを実践できるようになるには、トレーニングが必要になる。マインドフルネス認知療法では、その訓練方法として瞑想を取り入れているのである。

このことからわかるように、マインドフルネス認知療法では、一次的苦痛そのものを変えようとするわけではない。そうではなく、一次的苦痛に対する「関わり方」を変えることを目指す。すなわち、不快な感覚を嫌悪するのでは

なく、むしろこれに優しい好奇心を向け、ありのままに認め、“共にいる”という姿勢を養っていくのである（図3）。そうすることで、嫌悪によって生じる二次的苦痛を小さくできるのである。



左：不快な感覚に嫌悪で関わるイメージ。

右：不快な感覚に優しい好奇心を向けて共にいるイメージ。

図3 不快な感覚への関わり方（イメージ）

マインドフルネス認知療法の構造

マインドフルネス認知療法の詳細については成書¹⁾に譲るが、ここでは、その構造を簡単に解説しておく。マインドフルネス認知療法は、毎週1回2時間、合計8回のセッションを10-20人程度のグループで行う集団精神療法である。マインドフルネス瞑想がプログラムの中心になるが、2時間すべてが瞑想で占められているわけではない。セッションにもよるが、1回2時間のセッションのうち瞑想が占める割合は、おおよそ30-40%程度である。それ以外の時間では、瞑想での体験についてインストラクターとやり取りを行ったり（これをインクワイアリーと呼ぶ）、シナリオを用いたエクササイズで、思考と感情や気分との関係についての理解を深める認知行動療法のエクササイズなどを実施したりする。

マインドフルネス認知療法における瞑想のステップ

マインドフルネス認知療法の中核要素はマインドフルネス瞑想であるが、これも徐々にステップを踏んで進めていくことになる。その流れを図4に示す。

まずプログラムの序盤では、呼吸や身体感覚といった、比較的観察しやすい対象に注意を向ける瞑想から取り組みを始める。椅子やクッションに座り、ゆっくりと呼吸の感覚に注意を向ける呼吸瞑想や、身体の各部位に順番に意識を向けていくボディスキャンなどである。呼吸や身体感覚は、実際にそこにある感覚であり、不快なものでもないため、比較的そのまま観察しやすい。そこで、呼吸の際に生じるお腹の感覚や、身体にある様々な感覚などを観察することで、「今ここにあるもの」を無理に変えようとするのではなく、そのままに認めていく

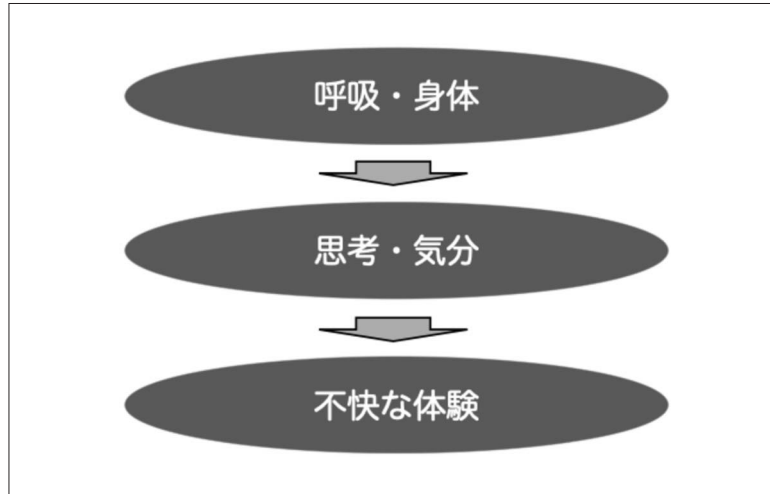


図4 瞑想のステップ

という姿勢を養っていくのである。

中盤以降では、観察の対象を、身体や呼吸の感覚から、思考、気分など、より複雑で変化しやすい内的経験へと広げていく。マインドフルネスでは、思考や気分なども、視覚、聴覚、味覚、嗅覚、触覚といった五感と同様に、感覚の一つとして捉える。視覚であれば、光という刺激が、網膜という受容器で電気信号に変換され、その信号が視神経を通過して脳の視覚野に届き、そこで「見える」という感覚が生じる。聴覚であれば、空気振動という刺激が、鼓膜という受容器で電気信号に変換され、それが聴神経を通過して脳の聴覚野に到達し、「聞こえる」という感覚が生じる。あえて単純化して述べるなら、思考や気分も視覚や聴覚と同様に、脳内で生じている思考や気分という刺激（現象）が、脳という受容器で受け止められ、それを脳が認識していると理解できるのである。

このように考えると、思考や気分も、呼吸や身体感覚と同じように、そのまま観察することが可能になる。呼吸の感覚を観察する際には、「お腹が膨らんだ……凹んだ……また膨らんだ……凹んだ」といった具合に、その感覚を観察する。身体感覚であれば、「太ももの表面に『ヒリヒリ』という感覚がある……少し弱まった……また少し強くなった……弱まった……」

といった具合である。これと同様に、思考も観察するのである。「『なんで私ばかりこうなるんだろう』という考えが浮かんでいる……少し弱くなった……また強くなった……」といった具合である。気分についても同様である。こうしたプロセスを経て、思考や気分といった内的な体験についても、ありのままを観察するというスタンスが身についてくる。

中盤までのセッションで、身体感覚や気分や思考といった内的体験に優しい好奇心を向けて、あるがままに関わる姿勢を身につけてきたところで、いよいよ終盤のセッションでは、不快な感覚を嫌悪せず、そのまま観察し認める練習に取り組んでいく。具体的には、瞑想中に、過去にあったつらい出来事や、現在抱えている困難な出来事をひとつ心の中に思い浮かべてもらい、その際に生じる様々な反応（身体感覚、感情、思考）を嫌悪せず、そのまま観察する実践を行っていく。

ここでひとつ注意が必要なのは、心に思い浮かべてもらう「困難な出来事」のレベルである。この瞑想はあくまで練習であるので、ここで思い出してもらう「困難な出来事」は、過去に経験した最も過酷だった出来事である必要はない。思い出すことで少し嫌な気がしたりする程度の出来事がちょうど良い。フラッシュバッ

クを引き起こす可能性もあるため、まだ消化しきれていない大きなトラウマなどは避け、適切な負荷の出来事を選択してもらうことが肝要である。

困難な出来事を思い浮かべると、身体に様々な反応が起きていることがわかる。例えば、胸の辺りに少しつかえる様な感覚が生じていたり、肩が重くなる様な感覚があったりといった具合である。そうした感覚は不快であるが、これを嫌悪せず、優しい好奇心を向けてその感覚を観察できるか試してみる。「ああ、肩のあたりが重くなっている……少し弱まった……また強まった」といった具合である。

不快な感覚を観察するというのは容易ではないが、そうした際は次の様に、自分に語りかけてみるのが役に立つかもしれない。

「こうした感覚を好きでなくても大丈夫」

「こうした感覚を感じていても大丈夫」

不快な感覚を嫌悪しないというのは、なにも不快な感覚を好きになるということではない。そうではなく、不快なまま、そのままにしておくという姿勢である。こうした取り組みを繰り返すことで、患者の不快な感覚への向き合い方が徐々に変わっていくのである。

マインドフルネス認知療法のエビデンス

マインドフルネス認知療法は、幅広い精神疾患や病態に対して有効性が示されているが、ここでは、うつ病と一般健常者を対象としたエビデンスを取り上げそれについて外観する。

うつ病に対する効果

うつ病については、マインドフルネス認知療法を薬物療法に「上乘せ」した場合の効果が検討されている。Teasdale et al.²⁾は、過去にうつ病エピソードを有し現在寛解している145名を対象に、通常治療群と通常治療にマインドフルネス認知療法を追加する群を比較するRCTを実施し、1年以内の再発率を評価している。全体解析では有意差はみられなかったものの、過去に3回以上のエピソードを有する112名に

限定すると、通常治療群の再発率は66%であったのに対し、マインドフルネス認知療法併用群では37%と大きく低下していることが明らかになった。この結果は、その後のRCTにおいても再現されている³⁾。すなわち、再発を繰り返すうつ病の患者においては、薬物療法を含む通常治療にマインドフルネス認知療法を加えることで、再発予防効果がより強化されることが示されている。

一方、うつ病の寛解期のみならず、症状が持続している段階での治療効果についても検証が進んでいる。英国NICEが2022年に改訂したうつ病診療ガイドラインでは、MBCTを含むネットワークメタアナリシス (n=149) が報告されている⁴⁾。その結果、重症度の低いうつ病に対して、通常治療と比較した治療終了時点の標準平均差 (95%CI) は-0.83 (-1.43 to -0.23) と、有意な改善効果が示された。この比較には、薬物療法のみならず無治療経過観察なども含まれると考えられ、アクティブコントロールとの比較ではない点に注意を要するが、軽症例において治療効果が示された点は臨床的に重要である。

これらの知見を踏まえ、NICEは2022年のガイドライン改訂において、従来から推奨されていた「再発性うつ病の寛解期」に対するMBCTに加え、「重症度の低いうつ病」に対する実施も新たに推奨に含めている⁵⁾。

健康な人に対するウェルビーイングの効果

健康な人に対するウェルビーイング改善効果についても、さまざまな文献で報告されているが、ここでは我が国における筆者らの研究結果を紹介する⁶⁾。この研究では、健康な人々50名に対して、マインドフルネス認知療法を実施し、主観的ウェルビーイングに対する効果をRCTで検証している。その結果、主観的ウェルビーイングの認知的側面 (Cohen's d=0.77)、感情的側面 (ポジティブ感情) (Cohen's d=0.95)、ユーダイモニア的側面 (Cohen's d=0.77) と、いずれの側面においても大きな効果で有意な改善が認められている。また、こうした効果の経

済効果を費用対便益で検証すると、プログラムコストを差し引いても、130,640円の生産性改善効果が得られることも明らかになっている⁷⁾。

今後の課題

マインドフルネス認知療法の有効性については、うつ病再発予防や軽症うつ病、健常者のウェルビーイングなど、さまざまな領域でエビデンスが蓄積しつつある。一方で、その効果機序については、なお十分に解明されているとは言い難い。とくに、嫌悪の低減や思考との距離化といった心理過程が、どのような神経・生理学的変化と対応しているのかについては、今後の検討課題である。

また、標準的な8週間プログラムの負荷の高さは、普及の障壁となり得る点も指摘されている。そのため、簡略化プログラムやデジタル技術との併用による実施可能性についても、体系的な検証が求められる。

結語

マインドフルネス認知療法は、一次的苦痛そのものを除去するのではなく、不快な体験に対する関わり方を変えることで、嫌悪に由来する二次的苦痛を軽減することを目指す治療法である。その基本的な考え方は、苦痛をなくすのではなく、苦痛との関係性を変える点に特徴がある。

その構造は、瞑想を中核としつつ、認知行動療法の枠組みを統合した体系的なプログラムとして整理されている。うつ病や健常者に対するエビデンスも着実に蓄積されつつあり、医療および予防の両文脈での応用可能性は高い。今後は、効果機序の解明と実装方法の工夫を通じて、より実践的で汎用性の高い介入として発展していくことが期待される。

利益相反 なし

謝辞

本稿の作成にあたり片山奈理子当センター准教授（担当編集者）から助言を得た。

文献

- 1) Segal Z, Williams JM, Teasdale J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A new approach to preventing relapse. 2nd edition. Guilford Publications, 2013.
- 2) Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2000 ; 68(4) : 615-23.
- 3) Kuyken W, Byford S, Taylor RS, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. J Consult Clin Psychol. 2008 ; 76(6) : 966-78.
- 4) National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment of new episode of depression: Evidence reviews underpinning recommendations 1.5.2 to 1.5.3, 1.6.1, 1.7.1 and research recommendations in the NICE guideline. 25, table4. National Institute for Health and Care Excellence, 2022.
- 5) National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. National Institute for Health and Care Excellence, 2022.
- 6) Kosugi T, Ninomiya A, Nagaoka M, et al. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Improving Subjective and Eudaimonic Well-Being in Healthy Individuals: A Randomized Controlled Trial. Front Psychol. 2021 ; 12 : 700916.
- 7) Nagaoka M, Hashimoto Z, Takeuchi H, et al. Effectiveness of mindfulness-based interventions for people with dementia and mild cognitive impairment: A meta-analysis and implications for future research. PLoS One. 2021 ; 16(8) : e0255128.