

簡易型マインドフルネスプログラムが精神科デイケア通所者の精神的健康度、ボディイメージ、自己受容に与える影響の検討

愛媛大学大学院教育学研究科学校臨床心理専攻臨床心理学コース 野満育朗

医療法人 D クリニック 平田勝豪

愛媛大学教育学部 山下 光

The effect of simplified mindfulness program on general health, body appreciation and self-acceptance for the outpatients with mental illness.

Ikuo NOMITSU · Katsuhide HIRATA · Hikari YAMASHITA

(平成 31 年 4 月 2 日受理)

抄録：精神科デイケアに通所する患者に対して、4 週間の簡易型マインドフルネストレーニングを実施し、それが精神的健康度、マインドフルネス傾向、ボディイメージ、自己受容へどのように影響するかを、質問紙を用いて検討した。その結果、マインドフルネス傾向、ボディイメージに変化は認められなかったが、精神健康度の指標である GHQ28 の総得点とその下位尺度（身体症状、不安と不眠、うつ傾向）、自己受容尺度の総得点とその下位尺度（身体的自己、社会的自己、役割的自己）で有意な改善が認められた。これは 4 週間の比較的簡便なマインドフルネストレーニングが、臨床的な介入の手法として有効である可能性を示す結果であると考えられる。

キーワード：マインドフルネス・精神的健康度・ボディイメージ・自己受容

1. はじめに

近年、マインドフルネス (mindfulness) という瞑想技法が医療、教育をはじめとして、社会の様々な分野で取り入れられている (Goldman & Davidson, 2017)。例えば、産業やスポーツの分野においては、社員や選手のパフォーマンスを上げるためにマインドフルネスのトレーニングが実施されている。特にグーグル (google)をはじめ IT 業界の大手企業がこぞって社員研修にマインドフルネスを取り入れている。

また、競争というストレス状況下に常に置かれながらも、実力を発揮することが求められるスポーツ競技者に対しても有用である。2020年の東京オリンピックに向けた選手のメンタル面のサポートにも応用されている (雨宮・坂入, 2017)。

マインドフルネスとはパーリ語の「サティ」の英訳で、日本語では「気づき」、漢語では「念」と訳され、仏教で説かれる八正道 (正見、正思惟、正語、正業、正命、正精進、正念、正定) の中の、正念=正しい気づきについて、その宗教性をなくし、どの宗教に属する人でも取り組みやすいようにしたトレーニング法である。そのもとになったのは、伝統的に東南アジア諸国を中心にテーラワダ仏教の中で受け継がれ、現在では世界各地でトレーニングされているヴィパッサナー瞑想である。

Kabat-Zinn, J.はマインドフルネスを「意図的に、今この瞬間に、価値判断することなく注意を向けることで現れる気づき」と定義し、慢性疼痛の患者を対象にしたプログラムとして、マインドフルネスストレス低減法 (mindfulness based stress reduction : MBSR)を開発した (Kabat-Zinn, 1990; 1994)。その後、Segalら(2001)により、うつ病の再発防止プログラムであるマインドフルネス認知療法 (mindfulness based cognitive therapy : MBCT)が開発された。その他にも Linehan (1993)の弁証法的行動療法 (dialectical behavior therapy : DBT)、Hayes & Smith (2005) のアクセプタンス・コミットメントセラピー (acceptance and commitment therapy : ACT)など、マインドフルネスを取り入れた多くの治療法が展開している。

マインドフルネスの方法論は、①今、この瞬間への注意、②いい・悪いといった判断にとらわれないあるがままの受け入れ、③移ろいゆく心身への気づき、を用いて認知及び行動の変容を目指す (井上, 2014)。呼吸や身体

感覚をアンカー (錨) として注意を向け、自然発生的に生じる思いや考えに気づき、あるがままに迎え入れ、再びアンカーに意識を戻していくという営みを基本とする (池埜, 2016)。それにより現実をゆがんだ形で解釈するのではなく、あるがままに捉える力をつけ、日常生活において適応的に行動していけるようになる。

マインドフルネスのトレーニング方法は1日から8週間程度まで様々であるが、長期のプログラムは、たとえ効果が大きくても、一般人には実施が難しい。本研究の第1著者は約20年間にわたり、1日から30日間にわたる短期、長期のマインドフルネス (ヴィパッサナー瞑想を含む) のリトリート、また日本マインドフルネス学会の研修に参加しながら日々研鑽と実践を積んできた。

その経験をもとに、比較的短期間で誰でも実施しやすいトレーニングプログラムの開発に取り組み、4週間の簡易型プログラムを作成した。

2. 研究の目的

今回の研究では、第1著者が開発した4週間の簡易マインドフルネストレーニングを、精神科デイケア利用者に実施した。このトレーニングによる介入が、精神的健康度が低いと予想される精神科デイケア利用者にポジティブな変化を引き起こすことが確認できれば、次のステップとしてより広い対象での有効性を検討する価値があると考えられる。

そこで、4週間のマインドフルネストレーニングの前後に、精神的健康度、マインドフルネス傾向、ボディイメージ、自己受容に関する質問紙実施し、効果を量的に検討することを目的とした。

3. 研究方法

1) 対象者

本研究はA県B市のC精神科・心療内科クリニックの開設者からの依頼によって、そのデイケア通所者を対象とした、自由参加型のアクティビティとして実施された。デイケア施設内での呼びかけにより、当初16名が自由意志で参加した。参加に問題がないことを主治医に確認した上で、各参加者に口頭及び書面で、研究の目的、4週間のプログラムの方法と内容の説明、収集したデータの扱い方 (研究以外の目的で使用することはない

こと、個人情報の保護に最大限の配慮をすること、個人が特定されない形で統計的に処理されること)、希望するときはいつでも研究から離脱できることを伝え、同意書に署名を得た。トレーニングのコンプライアンスについては、①全4回のトレーニングセッションに参加していること、②できるだけ毎日15分以上トレーニングを行っていること、を条件とした。その結果、26~58歳の10名(男性3名、女性7名)が分析の対象になった。平均年齢は40.0歳($SD=11.2$)であった。診断名は、双極性障害2名、PTSD1名、強迫性障害1名、うつ病3名、神経症2名、社会不安障害1名で、これまでに瞑想の経験がある者はいなかった。

2) 材料

(1) GHQ 精神健康調査票 28

精神的健康度の指標として GHQ 精神健康調査票 28(中川・大坊、1985)を用いた。「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の4つの下位尺度から構成されており、4件法(全くなかった~たびたびあった)で回答する。

(2) 日本語版 MAAS

マインドフルネスの尺度として、藤野ら(2015)の日本語版 MAAS(Mindful Attention Awareness Scale)を用いた。1因子(気づきと注意)で、6件法(ほとんど全くない~ほとんど常にある)で回答する。

(3) 日本語版 BAS-2

ボディイメージの尺度として、生田目ら(2017)の日本語版 BAS-2(Body Appreciation Scale-2)を用いた。1因子(ポジティブなボディイメージ)で、5件法(「1.全くない」~「5.いつも」で回答する)。

(4) 自己受容測定尺度

自己受容に関する尺度として自己受容測定尺度(沢崎、1993)を用いた。5因子(身体的自己、精神的自己、社会的自己、役割的自己、全体的自己)から構成されており、5件法(「それで全く良い・そのままが良い」~「それでは全くいやだ・気に入らない」)で回答する。

3) トレーニングの内容

今回の4週間プログラムは、第1著者が今までの指導経験をもとに、代表的なマインドフルネスのトレーニングプログラムであるマインドフルネスストレス低減法

(Kabat-Zinn、1990)、マインドフルネス認知療法(Segalら、2001)等を参考に開発した。

マインドフルネスの代表的な手法である「動きの観察」「呼吸の観察」「身体感覚の観察」の3つについて週1回約80分のグループセッションとして4回の直接指導を行った。それに加えて、セッション間に自宅での宿題(自己トレーニング)を課した。

4) 手続き

(1) 初回「呼吸の観察」

①マインドフルネスについての説明、②呼吸の観察についての説明、③実践トレーニング、④呼吸の観察について質疑応答、⑤実践トレーニング、⑥生活の中で行うマインドフルネスについて説明、⑦質疑応答。

(2) 2回目 「身体感覚の観察」

①3分間マインドフルネス、②ペアで1週間の体験のシェアと発表、③マインドフルネスについて1週間のレポートなどを参考に追加の説明、④身体感覚の観察について説明、⑤実践トレーニング、⑥質疑応答。

(3) 3回目「動きの観察」

①3分間マインドフルネス、②ペアで1週間の体験のシェアと発表、③マインドフルネスについて1週間のレポートなどを参考に追加の説明、④食べるマインドフルネス、⑤動きの観察について説明、⑥実践トレーニング、⑦質疑応答。この回では、身体の動きの観察に加えて、食べるマインドフルネスとして、チョコレートを食べるワークを取り入れた。

(4) 4回目「呼吸の観察」「身体感覚の観察」「動きの観察」

①3分間マインドフルネス、②ペアで1週間の体験のシェアと発表、③マインドフルネスについて1週間のレポートなどを参考に追加の説明、④動き、呼吸、身体感覚の観察の実践トレーニング、⑤質疑応答。

各セッションの終了時に日々の練習内容、1週間の練習の中で体験したこと、感想や質問について記入する用紙を配布し、次のセッションで回収することとした。指導者はそれを参考に各回、マインドフルネスやそのトレーニング方法について、参加者のニーズに応じた追加の説明を行った。

(5) 自宅でのトレーニングの補助ツール

自宅での宿題は、グループセッションで実践したトレ

ーニング法を1日15分以上練習することである。加えて、日々の生活の中の歩行、入浴や就寝時にできるだけ呼吸や身体感覚を意識してマインドフルに過ごす時間を持つように指示した。

自宅でのトレーニングを補助するために「呼吸の観察」「身体感覚の観察」「動きの観察」の各トレーニングについて15分の瞑想ガイド音声録音されたCDを配布し、必要に応じて利用するように案内した。また、マインドフルネスについての詳しい説明、トレーニング方法や理解のヒントとなるコラムなどを記載したガイドブック作成し配布した。参加者はそれらを使用して、4回のグループセッションの間に、自宅で毎日15分以上のトレーニングを行った。各グループセッションの終了時に自宅でのトレーニングについて説明し、その内容について記入する観察日記と1週間のトレーニング体験の感想や質問について記入する用紙を配り、次のセッション時に回収した。

(6) フォローアップセッション

4回のグループセッションの4週間後、5回目のセッションを行い、再び質問紙への回答、4週間のフィードバック、その後もトレーニングを続けていくための質疑応答を行った。

5) 実施時期・場所

研究は平成29年10月4日～11月1日に、デイケア施設内で実施された。

6) 結果の分析方法

GHQ28、MAAS、BAS-2、自己受容尺度の介入前後における各尺度の合計得点、GHQ28と自己受容尺度については下位尺度得点についても算出した。介入前後の差を比較には対応のある t 検定を実施した。データ解析にはSPSS version 25 (IBM SPSS Statistics)を用いた。

4. 結果

1) GHQ28

4週間のマインドフルネスのトレーニング前後のGHQ28の総得点と、4つの下位尺度得点（「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」）を表1に示す。総得点及びすべての下位尺度で得点の低下が生じた。対応のある t 検定を実施したところ、合計得点、および身体的症状、不安と不眠、うつ傾向の3つの下

位尺度において有意差が認められた。

2) MAAS

マインドフルネスの尺度であるMAASのトレーニング前とトレーニング後の合計得点を表1に示した。得点は増加しているが、有意差は認められなかった。

3) BAS-2

ボディイメージの尺度であるBAS-2のトレーニングの前とトレーニング後の合計得点を表1に示した。得点は増加しているが、有意差は認められなかった。

4) 自己受容尺度

トレーニングの前とトレーニング後の、自己受容尺度の総得点、及び下位の5因子の得点（身体的自己、精神的自己、社会的自己、役割的自己、全体的自己）を表1に示した。全てに得点の増加がみられたが、総得点及び、身体的自己、社会的自己、役割的自己において有意差がみとめられた。精神的自己、全体的自己については、有意差は認められなかった。

5. 考察

今回の研究では、精神科デイケアの通所者に対して4週間のマインドフルネストレーニングを実施し、それが精神健康度、マインドフルネス傾向、ボディイメージ、自己受容に及ぼす影響を検討した。

その結果、マインドフルネス傾向そのものには変化が認められなかった。それに対して、GHQ精神健康調査票28で測定される精神的健康度（身体症状、不安と不眠、うつ傾向）が改善される可能性が示唆された。また自己受容（身体的自己、社会的自己、役割的自己）についても改善が認められた。

なぜマインドフルネス傾向の上昇がみられないにもかかわらず、自己受容の改善が生じたのだろうか。自己受容は「ありのままの自分をそのまま受けいれている状態」である（沢崎、1993）。Kabat-Zinn(1994)はマインドフルネスの8つの態度のなかで「自分自身のあるがままを認める」、「自分を無意味に批判することなく、あるがままの自分に対する愛を養う」という2点について言及しており、マインドフルネスと自己受容は関連深いと考えられる。また越川(2016)は、マインドフルネス瞑想に含まれる慈悲や自己への思いやりの要素によって自己受容が促進される可能性を示唆している。

表 1 各心理尺度の介入前後の得点の変化

	介入前		介入後		差の 95% 信頼区間		t検定			
	平均	SD	平均	SD	下限	上限	t 値	df	有意確率	d
GHQ28総得点	15.2	(8.0)	8.6	(5.5)	3.618	9.582	5.007	9	<u>0.001</u>	1.582
身体的症状	4.7	(2.2)	2.9	(2.0)	0.121	3.479	2.425	9	<u>0.038</u>	1.582
不安と不眠	3.9	(2.2)	2.8	(2.3)	0.063	2.137	2.400	9	<u>0.040</u>	0.767
社会的活動障害	3.0	(2.4)	1.5	(1.7)	-0.613	3.613	1.606	9	0.143	0.759
うつ傾向	3.6	(2.8)	1.4	(2.0)	0.903	3.497	3.836	9	<u>0.004</u>	0.421
MAAS	52.0	(10.4)	54.5	(9.9)	-6.479	1.479	-1.421	9	0.189	0.450
BAS-2	23.6	(5.4)	24.8	(5.8)	-4.342	1.942	-0.864	9	0.410	0.273
自己受容測定尺度総得点	82.5	(24.4)	94.8	(23.7)	-21.280	-3.320	-3.099	9	<u>0.013</u>	0.978
身体的自己	20.4	(5.3)	22.3	(4.6)	-3.791	-0.009	-2.273	9	<u>0.049</u>	0.720
精神的自己	41.8	(14.4)	48.3	(15.1)	-14.999	1.999	-1.730	9	0.118	0.547
社会的自己	17.4	(5.8)	19.8	(5.5)	-3.715	-1.085	-4.129	9	<u>0.003</u>	1.309
役割的自己	6.7	(2.4)	8.7	(2.0)	-2.826	-1.174	-5.477	9	<u>0.000</u>	1.740
全体的自己	4.0	(1.9)	4.6	(2.6)	-1.677	0.477	-1.260	9	0.239	0.399

その一方で、今回の研究では参加者の回答の負担を軽減するために、質問数の少ない1因子（気づきと注意）のマインドフルネス尺度（MAAS）を用いたが、それではマインドフルネスの多様な側面の変化を十分に測定できなかった可能性も否定できない。例えば、マインドフルネスの多様な側面を測定する FFMQ(Five Facet Mindfulness Questionnaire)には5つの因子（体験の観察、反応しない態度、判断しない態度、描写、意識的な行動）が含まれている（Sugiura ら、2012）。「反応しない態度」「判断しない態度」などについては、MAAS は問題にしてない。

精神健康度のなかの身体症状は改善していたが、同じ身体に関する尺度であるボディイメージについては改善が認められなかった。身体症状とボディイメージの関係については、まだ不明な点が多い。ボディイメージの一側面である Body Appreciation については、自己の身体を受容し、好意的に評価し、尊重しながら、メディアによって喧伝される外見の理想像を美の唯一の形として受け入れないことと定義されている（Tylka & Wood-Barcalow, 2015）。また、マインドフルネスな鏡エクスポージャーが現実の身体像とのズレが大きい者に対して、そのズレを小さくする効果があるという報告もある

（杉山、2013）。身体症状がある程度改善した後の、ある程度健常な状態からのより積極的なボディイメージの向上については今後の研究が必要である。

以上を鑑みると4週間のトレーニングによって、精神疾患と関わるような身体症状を含めた精神健康状態、自己受容は改善される可能性が示されたが、好意的な評価や尊重まで含むボディイメージ、マインドフルネス傾向の改善の可能性についてはさらなる研究の必要性があると考えられる。

この研究の限界と今後の課題としては、次の2つが挙げられる。1つ目は、研究期間中、参加者にはマインドフルネスのプログラムと同時に、精神科の診療、デイケアでの様々なプログラムが並行して進められており、それらのどの要素が各尺度の変化に影響を与えていたのか特定できないということである。これはマインドフルネスの介入研究において、トレーニングが日常の限られた時間に行われるため、他の時間の過ごし方の統制をどのように図るかという課題とも関わってくるが、今後は精神科デイケアの利用者の場合、服薬の種類、量、期間、他のデイケアプログラムの参加状況について把握し、そのコントロールを十分に検討したうえで研究を進める必要がある。また、マインドフルネスによって育まれる認

知や行動の変容には多様な要素が含まれており、FFMQなどの多因子尺度を用いた、より詳細な分析が必要である。

謝辞

本研究は第3著者へのJSPS科件費JP15K04130の助成を受けた。

引用文献

雨宮怜・坂入洋右(2017). スポーツ競技者のパフォーマンス低下を抑制するマインドフルネスの役割. 心理学研究、**88**、470-477.

藤野正寛・梶村昇吾・野村理朗(2015). 日本語版 Mindful Attention Awareness Scale の開発および項目反応理論による検討. パーソナリティ研究、**24**、61-76.

Goleman, D. & Davidson, R. (2017). *Altered Traits: Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and Body*. New York: Avery.

ダニエル ゴールマン・リチャード デビッドソン
藤田美菜子(訳)(2018). マインドエクササイズの証明 —心と体をゆたかにする—. パンローリング.

Hayes, S. C. & Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger. スティーブン C. ヘイズ・スペンサー スミス 武藤崇・原井宏明・吉岡昌子・岡嶋美代(訳) (2010). ACTをはじめる. 星和書店.

生田目光・宇野カオリ・沢宮容子(2017). ポジティブボディイメージを測定するBAS-2の日本語版作成. 心理学研究、**88**、358-365.

池埜聡(2016). 矯正教育へのマインドフルネス導入をめぐる実践及び研究課題. 人間福祉学研究、**9**、67-89.

井上ウィマラ(2014). マインドフルネスとスピリチュアリティ. 人間福祉学研究、**7**、29-46.

Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing, 1990.
ジョン・カバットジン 春木豊(訳) (1993/2007). マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房.

Kabat-Zinn J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

ジョン カバットジン 田中麻里・松丸さとみ (訳)
(2012). マインドフルネスを始めたあなたへ —毎日の生活でできる瞑想—. 星和書店.

越川房子(2016). マインドフルネスによる自己受容. 臨床精神医学、**45**、931-936.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

マーシャ M.リネハン 小野和哉(訳) (2007). 弁証法的行動療法実践マニュアル —境界性パーソナリティ障害の新しいアプローチ—. 金剛出版.

中川泰彬・大坊郁夫 (1985). 日本版 GHQ28 精神健康調査票. 日本文化科学社.

沢崎達夫(1993). 自己受容に関する研究1 —新しい自己受容測定尺度の青年期における信頼性と妥当性の検討—. カウンセリング研究、**26**、29-37

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for Depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press

ジンデル シーガル・マーク ウィリアムズ・ジョン
ティーズデール 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.

Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y. & Murakami, H. (2012). Development and validation of the Japanese version of the five facet mindfulness questionnaire. *Mindfulness*, **3**、85-94.

杉山風輝子(2013). マインドフルネスな鏡エクスポージャーが身体シルエットの認知に及ぼす影響 —身体像不満足感傾向の違いによる検討—. 人間科学研究、**26**、96.

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The body appreciation scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, **12**、53-67.