展 望

うつ病の異常心理学

—再発予防とマインドフルネス認知療法の観点から—

伊藤 義徳 琉球大学教育学部

長谷川 晃 早稲田大学大学院人間科学研究科

甲田 宗良 琉球大学大学院医学研究科

**Abnormal psychology for depression:
From perspectives of relapse prevention and mindfulness-based cognitive therapy****Yoshinori Ito** (*Faculty of Education, University of the Ryukyus*)**Akira Hasegawa** (*Graduate School of Human Sciences, Waseda University*)**Munenaga Koda** (*Graduate School of Medicine, University of the Ryukyus*)

The aim of this article was to review the researches on abnormal psychology for depression, and to figure out how to develop the researches in the future. Recently, depression has become a major social problem. Especially, relapse prevention is the most important factor of the depression care. There, we reviewed the researches on abnormal psychology referring the relapse prevention of depression by focusing on the researchers who are active on this field. The main topics of the present article were below: the emotional processing theory by John D. Teasdale, the first person who has focused on the relapse prevention of depression, 2) the researches that substantiate the theory, and the distinguishing phenomenon related to the relapse, 3) the researches on the effect and mechanism of MBCT that is developed for the relapse prevention of depression, and 4) the research trend of Ed Watkins and Jutta Joormann who lead the recent growth of the abnormal psychology on the depression, and the relations between their theory and the MBCT. At the last, the future directions of the researches on the relapse prevention on depression were discussed. Furthermore, it was noted that the perspective which was necessary to understand the mindfulness was beneficial when think of emotion regulation too.

Key words: depression, overgeneral memory, rumination, emotion regulation, mindfulness-based cognitive therapy

はじめに

DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) の診断カテゴリーの一つである大うつ病性障害 (以下, うつ病) は, 抑うつ気分や興味・喜びの喪失と, 併発する身体的症状 (食欲や睡眠の障害, 易疲労性など), 認知的症状 (無価値観や罪責感, 思考力・集中力の減退や決断困難など) からなる症候群であり, 重症例では自殺念慮や自殺企図も認められる。リストラ, 引きこもり, 休職や職場ストレス, 自殺,

家族関係の問題など, うつ病がかかわる社会問題は枚挙に暇がない。2025年には, がんや伝染病などを退けて, 人の健康を脅かす疾患の第2位に躍進することが予測されているうつ病 (Murray & Lopez, 1998) は, 治療法やサポート体制の開発, 整備が急がれており, SNRI (Selective Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor) やNaSSA (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant) といった新しい薬物の開発も進んでいるが, そのケアは依然困難を極めているのが実状である。

特にうつ病ケアにおいて困難な問題は, 一度寛解をみてもすぐに再発する, その再発率の高さである。うつ病は, エピソードを重ねるたびに, さらな

Correspondence concerning this article should be sent to: Yoshinori Ito, 1 Senbaru, Nishihara-cho Okinawa, 903-0213, Japan (e-mail: gitoku@edu.u-ryukyu.ac.jp)

る再発を引き起こす危険性が高まることが示されている (Kessing, Hansen, Andersen, & Angst, 2004)。近年、うつ病の再発予防にかかわる心理学的メカニズムの解明と治療への示唆を目指した異常心理学研究も急速に進展している。この発展は、同じく近年注目されるマインドフルネスという概念の発展と軌を一にしている。本稿では、うつ病の再発予防に焦点を当てたマインドフルネス認知療法 (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) の発展と、それにかかわる異常心理学理論、研究を紹介しながら、うつ病の異常心理学研究の成果と今後の発展について論じたい。

うつ病の異常心理学

1980年代から90年代にかけて、うつ病に対する異常心理学研究者の中でひととき異彩を放っていたのが、John D. Teasdaleであった。一度うつ病を経験した個人は、ネガティブな記憶バイアスが寛解後一旦消失するが、些細なネガティブ刺激で簡単に再活性化する (e.g., Teasdale & Dent, 1987)。うつ病経験者がちょっとしたきっかけでいつもお決まりのパターンにはまり込んでしまうのはなぜか。この問いに対する彼の考えは、抑うつ処理活性化仮説 (Differential Activation Hypothesis; Teasdale, 1988) と呼ばれる。一度大うつ病エピソードを経験すると、そのときの気分、思考、記憶などの内的連合が形成される。これは、些細なネガティブ気分が、ネガティブな思考や記憶を自動的に想起させ、それがより気分を悪化させる、という抑うつ処理パターン (悪循環) の形成を意味する。うつ病者は、些細なネガティブ気分の経験に伴い活性化処理パターンが、健康な者と異なるのである。人の言語獲得がそうであるように、内的連合は簡単には消去されない。つまり、“うつ病は一度経験したら治らない” という仮説が、彼の出発点であった。

Teasdale (1999) の情動処理理論

抑うつ気分一致記憶研究などを重ねた Teasdale は、自身の研究と、Philip Barnard の相互作用的認知サブシステム (Interacting Cognitive Subsystem: ICS) モデルを統合させた、新しい情報処理モデルを提唱した (Teasdale & Barnard, 1993)。ICS は、視覚や聴覚といった受容感覚などを処理する低次なサブシステムと、それらの情報を統合し、“意味” を生成する2種類のより高次なサブシステムから構成される (詳しくは伊藤 (2006) を参照)。この高次のサブシステムは、含意的サブシステム (Implicational Subsystem: IS) と命題的サブシステム (Propositional Subsystem: PS) からなり、前者はより感覚的、経験的で一般的 (generic) な意味の生成を、後者は言語的、価値判断的で特定の (specific)

な意味の生成を担い、この両者が相互作用しながら、われわれの観念作用の中核を担っている。中でも PS は、人に特有の、記憶や言語に基づく観念を反映している。“前に失敗したから今日は気をつけよう” “あの人は美人だから得よね” など、われわれが評価や判断を行うとき、過去の経験の中で自覚的あるいは無自覚的に獲得したルールが活性化しているが、こうした観念の生成は PS を中心とした処理に基づいている。この処理の情報源は、記憶や思考といった内的な情報源である。これに対して IS は、外的情報源を多く取り入れた意味生成を行う。外的情報とは、五感から入力される情報にほかならない。五感から得られた情報を束ねることで、言語ではないより経験的な意味が生成される。おそらく、言語を操らない多くの動物は、こちらの意味が意識の大半を占めるのであろうが、人間は、PS による意味に支配されがちで、IS による意味を自覚する機会は少ない。それでも、たとえばワールドカップで勝利を決めるシュートがネットに突き刺さるのを目撃した瞬間などは、言葉にはならない、言いたいぬ興奮が体を駆け抜けるのを感じることができるであろう。

Teasdale & Barnard (1993) の特長の一つは、“抑うつ気分” などを生じさせるのは、PS ではなく IS で生成される一般的意味であると主張した点にあった。これは、自動思考などの言語的命題が抑うつ気分を生じさせるとする Beck の認知モデル (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) と対立するが、その後、多くの異常心理学研究者が ICS の仮説を支持している (e.g., Power & Dalgleish, 1997)。抑うつが“コトバ”ではなく、こうした経験的な意味により生じるのは、抑うつが生命の根源に根ざしているからにほかならない。そこで彼らは、IS による意味生成が変化することを“効果的な情動処理”と呼び、PS のみ変化して IS が変化しないような情報処理を“効果的でない情動処理”と呼んだ。IS を更新するためには、澱んだ沼水を浄化するために新鮮な水を送り込むように、IS に新規の情報を送り込む必要がある (Barnard, 2009)。PS における特定の意味の活性化は、抑うつにかかわるネガティブな自己関連情報への過度な注意を促し、記憶バイアスを促進する。そのため、PS との相互作用ではなく、外的情報源に基づき IS を更新する必要がある。IS の情報の更新が進めば、相互作用する PS の情報も結果的に更新される。Teasdale, Segal, & Williams (1995) は、認知療法の効果は、PS を中心とした従来の処理を手直しするのではなく、IS 中心の新しい処理パターンを獲得することでもたらされると説明した。さらに、ICS の“情動処理”プロセスに特化した議論を行った Teasdale (1999) では、効果的な情動処理を導くための処理として、“バッファ処理”の重要性を強調している。バッファとは、データ処理

システムの構成要素間のデータの流れの速度の違いや、動作時刻の違いを補正するための緩衝記憶装置を指す（大辞林；松村（編），2006）。バッファ処理は多くの注意資源を要するが、そのサブシステムで行った過去の処理との参照などが行われるため、処理の精緻化が促進される。いわゆる“反すう”では、ネガティブ情報を繰り返し考えその精緻化が促進されるが、これはPSによるバッファ処理にほかならない。反すうがネガティブ気分の持続をもたらすことは多くの研究により示されている（e.g., Nolen-Hoeksema, 2004）。こうしたパターンが活性化したとき、これをなくそうとするのではなく、ISによるバッファ処理に切り換えることができれば、抑うつ的処理パターンは“ありながらも”，その活性化の影響を受けずに生活することが可能となるのである（Teasdale, 1999）。PSのバッファ処理中心の概念的（分析的）処理モードをdoing mode、ISのバッファ処理中心の経験的処理モードをbeing modeと呼ぶ。前者でなく後者のモードの積極的利用を促進することが治療に有効であると、彼の理論は示唆するのである。

Teasdale (1999) の情動処理理論は、うつ病の異常心理学とその後の治療に大きな示唆を与えた。その一つは、記憶や思考といった人の内的現象が、ある／ないという次元だけではなく、その情報が“いかに”処理されるのかによって機能が変化する、という視点である。具体例の一つとして、自己注目が挙げられる。自己注目は抑うつ持続要因として注目されているが（Nolen-Hoeksema, 2004）、自己に“いかに”注目するか、についてプロセスの異なる2つの自己注目があり、それぞれ抑うつと異なる関連を持つことが明らかとなっている。以下に、処理プロセスの異なる2つの自己注目に関する研究動向について展望する。さらに、自身の経験を報告する際、過度に概括的に報告する“過度に概括的（大ざっぱ）な記憶（Over Generalized Memory: OGM）”が、うつ病の脆弱性を反映する可能性があるとして注目されている。そこで、OGM研究の潮流を紹介すると共に、Teasdale (1999) の情動処理理論との関連を検討したい。

分析的／経験的自己注目

ネガティブな情動情報にかかわる、分析的・評価的なモードと経験的なモードによる処理が及ぼす影響の差異について、精力的に実証的研究を重ねたのが、Watkinsらのグループであった。彼らは、分析的・評価的な自己への注意の向け方を“分析的自己注目”、非評価的な自己への注意の向け方を“経験的自己注目”と呼び、この2つの異なる自己注目の誘導が及ぼす影響を比較している。分析的自己注目の影響に関する研究は、Nolen-Hoeksemaのグループによって早くから行われていた。彼女らが“自己の抑うつ気

分・症状や、その状態に陥った原因・結果について消極的に考え続けること”と定義した“抑うつ反すう（depressive rumination）”（Nolen-Hoeksema, 2004）は、抑うつ気分喚起場面における分析的自己注目に対応する。分析的自己注目は、思考・感情や身体感覚がなぜ（why）生じたかについて、8分間考え続ける課題により誘導される。これまでの研究により、分析的自己注目は気そらし（自己と関連しない内容の思考やイメージ）と比して、(1) 抑うつ気分の高さ、(2) 気そらしの遂行にかかわる効力予期の低さ、(3) 自己・状況・将来に関するネガティブな評価、(4) 社会的問題解決能力の低さ、(5) ネガティブな自伝的記憶の想起をもたらすことが示されている（展望として、Lyubomirsky & Tkach, 2004）。また、抑うつ反すうの程度は、将来の大うつ病エピソードの発症や再発回数を予測する（e.g., Nolen-Hoeksema, 2000）。さらにこうした反すうは、自身が持つ反すうに対する信念によって能動的に維持される（e.g., 長谷川・金築・根建, 2010）。容易に誘導される分析的自己注目であるが、一旦その悪循環に陥ると、自分自身で抜け出すことは容易でなくなるのである。

このことを踏まえWatkinsのグループは、急性期のうつ病者を対象に、分析的自己注目と経験的自己注目の誘導が及ぼす影響を比較する実験を行った。分析的自己注目の誘導はNolen-Hoeksemaらと同様であり、経験的自己注目は、思考・感情や身体感覚を今現在どのように（How）感じているかに注意を向けさせることで誘導した。その結果、経験的自己注目の誘導が、OGM（次節で詳述）の割合を減少させ（Watkins & Teasdale, 2004）、社会的問題解決能力の向上（Watkins & Baracaia, 2002; Watkins & Moulds, 2005）をもたらすことが示された。反対に、分析的自己注目の誘導は、課題実施後に自己全般に対するネガティブな評価（“私には何の価値もない”など）を増加させた（Rime & Watkins, 2005）。このほかWatkins (2004) は、大学生に失敗経験をさせた直後に、筆記課題により経験的自己注目と分析的自己注目を誘導し、その後の影響を継続的に追跡する研究を行っている。その結果、経験的自己注目群は分析的自己注目群より、実験当夜に失敗経験を思い出しちゃう頻度（侵入的想起）が少なく、抑うつ気分も弱いことが示された。

このように、抑うつ気分喚起場面（うつ病の急性期も含む）における経験的自己注目の誘導は、分析的自己注目とは対照的に、反すうの引き金となる侵入的想起やOGMを減少させ、問題解決能力の向上をもたらす。分析的自己注目は臨床的問題を増悪、維持させるdoing modeを反映するのに対して、経験的自己注目は改善のプロセスを促進するbeing modeを反映する（Watkins, 2004）。従来の認知療法でも、経験的自己

注目に類似する視点の重要性は実践レベルで重視されてはいたものの、それを明示した言説はなく、暗示的 (implicit) な強調点に終わっていた (Segal, Teasdale, & Williams, 2004)。MBCTの主要な構成要素であるマインドフルネストレーニング (Mindfulness Training: MT) は、同様に経験的自己注目の促進を目指す、これをより明示的 (explicit) に目指す点で、従来の認知療法を一步先んじていると言える。

過度に概括的な記憶

自身の過去経験に関する記憶である自伝的記憶を想起する際過度に概括的になる、OGMという現象は、Williams & Broadbent (1986) により明らかにされた。さまざまな単語 (楽しい, 悲しいなど) を被験者に提示し、各語から想起される出来事を報告させる Autobiographical Memory Test (AMT) を用いて、かねてより OGM は、うつ病と PTSD の重症度とのみ関連する特異的な現象として関心が寄せられてきた (展望として、伊藤・金築・宗澤・根建, 2004)。近年でも、うつ病の持続や脆弱性を反映する指標として注目されている。たとえば Hermans, Vandromme, Debeer, Raes, Demyttenaere, Brunfaut, & Williams (2008) は、OGM がうつ病の診断を、症状の重症度や自尊心などの関連変数よりも強く予測することを示している。診断を予測するのは、OGM の中でも、カテゴリー的な記憶と呼ばれる指標である。“自分はいつも～だった” のように、自伝的記憶をカテゴリーに分類するかのように報告する様式である。他方、寛解後のうつ病者に対しても OGM の検討が行われているが、こちらは一致した見解が得られていない。たとえば、Spinoven, Bockting, Schene, Koeter, Wekking, & Williams (2006) は、うつ病寛解者の記憶は非うつ病者よりも概括的ではあるが、OGM はその後の再発を予測せず、他の再発リスクとも関連しないことを報告している。また Mackinger, Pachinger, Leibetseder, & Fartacek (2000) が、うつ病寛解者に OGM がみられると報告したのに対して、Crane, Barnhofer, & Williams (2007) は、寛解後には概括性も改善することを示している。

こうした OGM に関する多様な知見を整理するため、Williams, Barnhofer, Hermans, Raes, Watkins, & Dalgleish (2007) は、CaR-FA-X モデルを提案している。CaR-FA-X モデルは、反すう (capture and rumination: CaR), 機能的回避 (functional avoidance: FA), 実行機能障害 (impaired executive control: X) の3つの要因のいずれかが (あるいは相互作用しながら) OGM を生じさせるとするモデルである。はじめに、記憶の階層的処理モデル (Conway & Pleydell-Pearce, 2000) によると、自伝的記憶は概括的な次元から具体的な次元へと階層的に貯蔵されて

おり、出来事を具体的に想起するには、上層を経てより下層の処理に進む必要がある。各階層における処理は注意資源を必要とするが、注意資源の割り当てを担う実行機能が障害されていると、記憶の検索が概括的な次元で停止してしまうのである。実際、実行機能と OGM には負の相関がみられる (Dalgleish, Williams, Golden, Perkins, Barrett, Barnard, Yeung, Murphy, Elward, Tchanturia, & Watkins, 2007)。さらに、うつ病者や寛解者には、先に示したように分析的自己注目を行う特徴がある。分析的自己注目は、それ自体が注意資源を占有するため、実行機能の障害とは独立に記憶を概括化させる。Crane, Barnhofer, Visser, Nightingale, & Williams (2007) はこのことを検証し、さらにこの効果は、高反すう特性者にのみみられることを示した。高反すう特性者は反すうが習慣化しているため、分析的自己注目に、より優先的に注意資源を配分する傾向があるのかもしれない。さらに、特に PTSD における OGM の説明に有用なのが、機能的回避である。過去の苦痛な経験について具体的に想起することは、当時の苦痛を呼び起こす。それを避ける対処方略として、記憶検索を概括的な次元で停止させるのである。傍証として、概括的な記憶検索を行う者は、思考、感情を回避するスタイルに従事することが報告されている (Hermans, Defranc, Raes, Williams, & Eelen, 2005)。

CaR-FA-X モデルによれば、急性期のうつ病者は、一致して反すうに対する注意資源の配分や実行機能の低下がみられるが、寛解時には、そこに幾分の個人差が生じることが、結果のばらつきを生む要因となり得ることが予測される。また、後述の MBCT が、実行機能の改善を媒介して OGM を減少させることも示されている (Heeren, Van Broeck, & Philippot, 2009) ように、要因相互の関係性も無視できない。このほか、抑うつの処理は軽減と持続を分かち時間的分岐がある可能性が示唆されており (甲田・伊藤, 2009)、OGM を測定するタイミングも重要となると考えられる。OGM は、多様な認知機能を反映する現象であり、今後さらに、多様な角度から検討がなされるべきであろう。

このほか、うつ病と PTSD の重症度のみ OGM と関連するという知見に対しては、AMT の感受性の問題が指摘されている (Raes, Hermans, Williams, & Eelen, 2007)。実際、AMT によらない OGM 研究では、大学生を対象としても OGM と抑うつの関連が示されている (e.g., Gibbs & Rude, 2004)。そこで Raes et al. (2007) は、OGM を簡便に抽出でき、信頼性と妥当性を備えた課題として、文章完成法の手続きを援用して概括度を判定する the Sentence Completion for Events from the Past Test (SCEPT) を開発した。大学生にこれを適用したところ、SCEPT は抑う

つ傾向や反うつ傾向と相関するのに対して、AMTは相関を示さないことを明らかにした。さらに彼らは、概括的/具体的文章を対提示してより自己と関連するほうを選択させ、その選択率からOGMを推定するSCEPT-Forced Choice version (FC-SCEPT) も開発し、同様の成果を得ている。非臨床群を対象にOGMを測定し得ることは、OGMのアナログ研究の道が開かれたことになる。OGMという現象の理解が今後さらに加速することを期待したい。

Teasdale (1999) の情動処理理論に照らすなら、CaR-FA-Xのうち、少なくとも反うつと機能的回避はdoing modeに基づく処理を反映しており、OGMは、doing modeを色濃く反映する指標となりうる。近年では、より直接的にOGMの改善を狙ったMemory Specificity Training (MEST) も考案されている (Raes, Williams, & Hermans, 2009)。しかし、OGMが多様な認知バイアスにより生じるならば、そうした個々の認知バイアスについて検討するほうが重要にも思える。それにもかかわらずなぜOGM研究は盛んに行われるのであろうか。その理由の一つは、カテゴリー的な報告スタイルがうつ病者の臨床的特徴と一致し、その“カタさ”の改善に苦勞する臨床家が多いからかもしれない。OGMは、何よりも心理臨床現場における“手応え”と直結する指標としてリアリティを持つのである。

マインドフルネスに基づく認知療法

マインドフルネスに基づく認知療法とは

これまで述べてきた知見に支えられて、Segal et al. (2002) はMBCTを世に送り出した。プログラムの概要等については、越川 (2007) によるSegal et al. (2002) の翻訳に詳説を譲り、ここでは、より異常心理学的な側面について述べる。マインドフルネスとは、“今ここ”での経験に評価や判断をすることなく、温かな注意を向けることといわれる (Kabat-Zinn, 1994)。1回2時間、週1回のセッションとホームワークを組み合わせた、8週間からなる集団形式のプログラムである。集団形式であることには意味がある。従来、急性期のうつ病に対しては、薬物療法と認知療法いずれも一定の効果を有することが示されてきた。しかし、近年問題となる再発予防効果は認知療法のほうが優れていることが示されている。ならば認知療法だけ用いればいいかというそうでもない。一人の専門家が一人の患者に1回60分、10セッション以上も時間をかける認知療法は、費用対効果が悪く、さらに今後激増が予想されるうつ病者を賄うには、専門家が少なすぎるのである。そこで、急性期治療は短時間で、比較的安価に提供が可能な薬物療法で行い、寛解した患者に対する再発予防対策を、集団形式の認知療法で

行うことができれば、相対的には最も低コストで多くの患者を賄うことができる。こうした社会健康サービスの観点に基づきMBCTは、うつ病寛解者の再発予防に焦点化した治療法として開発されたのである (Segal et al., 2002)。

MBCTの効果のメカニズム

MBCTでは、マインドフルネスに基づくストレス低減法 (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR; Kabat-Zinn, 1990) で用いられるマインドフルネス瞑想法と、認知療法の技法が組み合わせられて用いられる。異常心理学研究に基づくといひながら、なぜ瞑想などを行うのであろうか。先のTeasdale (1999) によれば、うつ病の再発予防効果は、doing modeでなく効果的な情動処理を導くbeing modeによる処理パターンを形成することで得られる。具体的には、反うつのようなPSのバッファ処理ではなく、ISのバッファ処理による処理モードの構築である。反うつが、自身の経験を言語的に自覚的に分析し続けることを意味するように、ISによるバッファ処理とは、自身の経験 (五感や思考などの内的経験を含む) を言葉にすることなく、経験として自覚的に感じ続けることを意味する。つまり、自身の経験をメタ認知的視点から経験することであり、こうした視点からのself-awarenessを、Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal (2002) はメタ認知的気づき (metacognitive awareness) と呼んだ。こうした視点の獲得は、“脱中心化”“距離化”といった用語で、認知療法の効果の中核としてこれまでも議論がなされてきている (e.g., Ingram & Hollon, 1986)。自身の経験をメタ認知的視点から洞察できることで、その影響を受けにくくなるのである。しかし、瞑想を取り入れる目的は、単にこうした視点を持つだけでなく、さらにこの視点を“研ぎ澄ます”ことにある。たとえば、心ないタバコの投げ捨てが、やがて街中を火の海に陥れる大火事に発展する。このとき、投げ捨てられた吸い殻が落葉に火を移す段階で気づければ、簡単にもみ消すことができるが、家一軒が燃え落ちるほど火が大きくなった段階で気づいても、消すことはおろか、命から逃げ出すこともままならないであろう。自身の抑うつの処理パターンの活性化により早く気づくことができれば、それだけ早い対応が可能となるし、処理パターンから受ける影響も小さくてすむ。心の中で燃え盛るネガティブな炎に気づく視点を持つだけでなく、“できるだけ早い段階で”それに気づく能力を身につけることも、MTの目的となるのである (プラユキ, 2009)。

瞑想は、まさに上記の具体的訓練にほかならない。たとえば呼吸瞑想なら、自身の呼吸 (鼻腔を通る息の感じなど) に注意を向け続ける (注意の持続) ことが

求められるが、30分、40分と続けるうちに、“必ず”呼吸から注意が逸れて、“面倒くさくなってきたな”などと余計な思考が生じてくる。このような自身の変化に“気づき（メタ認知的気づき）”，再び呼吸に注意を戻す（注意の切り換え）ことを繰り返すのである。しかし、ここで仮に気づくことができたとしても、面倒くささを押して呼吸などというつまらないものに注意を戻すことは、相当のエネルギーが必要となる。瞑想を含むMTは、メタ認知的気づきの能力を高め、注意の持続や切り換えの能力を涵養する、認知的トレーニングなのである（杉浦、2008）。うつ病と関連する研究ではないため詳述は避けるが、実際、MTが注意定位機能（e.g., Jha, Krompinger, & Baime, 2007）、認知的柔軟性（e.g., Moore & Malinowski, 2009）、認知的制御能力（e.g., Delizonna, Williams, & Langer, 2009）などを向上させることが示されている。こうした基礎研究の知見も踏まえ、以下にMBCTの効果やその媒介変数に関する研究を展望する。

MBCTの効果研究

MBCTの最初の臨床試験は、Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau (2000) によって実施された。この試験では、過去に大うつ病エピソードを2回以上経験しているが、試験開始時には症状が寛解しており、かつ、薬物療法が中断されている個人が対象とされた。参加者は、それまで受けてきた医療行為を継続する群（TAU群）と、普段の医療行為に加えMBCTも受ける群とに振り分けられた。その結果、過去にエピソードを3回以上経験したことがある群では、1年間のエピソードの再発率が、MBCT群においてTAU群より低かった（40% vs. 66%）。しかし、過去にエピソードを2回しか経験していない群では、再発率に差が示されなかった（56% vs. 31%）。大うつ病エピソードの再発予防効果が、エピソードを3回以上経験した群のみで認められるという知見は、同じデザインを用いたMa & Teasdale (2004) においても示されている（3回以上経験者では36% vs. 78%, 2回の経験者では50% vs. 20%）。さらに、Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, White, Barrett, Byng, Evans, Mullan, & Teasdale (2008) は、試験開始時に薬物療法を継続中であり、エピソードの経験回数が3回以上である個人を対象とした試験を行った。MBCTと減薬のサポートを受ける群と薬物療法を継続する群を比較した結果、15カ月後の再発率において有意傾向が認められ（47% vs. 60%）、MBCT群において、より併発した他の精神疾患などが改善することが示された。他方、Bondolfi, Jeremann, Van der Linden, Gex-Fabry, Bizzini, Rouget, Myers-Arrazola, Gonzalez, Segal, Aubry, & Bertschy (2010) では、3回以上のエピソード経験者のみを対象とし、MBCT

とTAUで再発率に差は認められなかったものの（29% vs. 34%）、MBCTはエピソードの再発を遅らせることが示された。こうした研究から一貫していえるのは、寛解期のうつ病患者に対する再発予防効果は、再発が1度ではなく何度も繰り返す重度の患者において確認されるということである。その理由についてはまだ推測の域を出ないが、Segal et al. (2004) では、再発が重なる程環境要因の影響は弱く、内的要因の影響は強くなることから、内的処理プロセスの変容を目指すMBCTの効果は、再発を重ねた重度の患者群で発揮されやすい可能性が指摘されている。

うつ病の再発予防効果のほかにも、MBCTは、うつ病の残遺症状の軽減（Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007）、治療抵抗性うつ病患者の症状改善（Kenny & Williams, 2007）、寛解期にある双極性障害患者における症状の改善（Williams, Alatiq, Crane, Barnhofer, Fennell, Duggan, Hopburn, & Goodwin, 2008）、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）などに対して効果を発揮することが示されている。MBCTはうつ病の再発予防を中核としながら徐々にその射程を広げており、双極性障害や治療抵抗性うつ病など、従来の心理療法では対処が難しかった対象に対しても治療の可能性を開いている。

さらに、MBCTの効果の媒介変数についても検討が進んでいる。Teasdale et al. (2002) は、自身の提唱したメタ認知的気づきの増大が効果を媒介する可能性について検討した。メタ認知的気づきは認知内容では測定し得ないことから、彼らは質問紙ではなく、“自伝的記憶における気づきおよび対処方略評定法（the Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory: MACAM）”というインタビューによるメタ認知的気づきの評定法を考案した（詳細は勝倉・伊藤・根建・金築, 2009参照）。そして、治療によりメタ認知的気づきを獲得するかが、その後の再発を予測することを示した。MBCTがMACAMに及ぼす効果は、Hargus, Crane, Barnhofer, & Williams (2010) においても示されている。このほか、抑うつ的反すうの減少（Kingston et al., 2007）、self-discrepancyの改善（Crane, Barnhofer, Duggan, Hepburn, Fennell, & Williams, 2008）、認知的反応性の改善（Raes, Dewulf, Van Heeringen, & Williams, 2009）、思考抑制傾向の減少（Hepburn, Crane, Barnhofer, Duggan, Fennell, & Williams, 2009）、OGMの減少と特定の自伝的記憶の増加（Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000）、およびOGMの増加の抑制（Hargus et al., 2010）などが検証されている。いずれもTeasdale (1999) の情動処理理論の予測に一致する変数であり、MBCTが

理論に基づく実証的心理療法であることがうかがえる。

その後の異常心理学研究とMBCTの関連

MBCTは、上記のようにさまざまな発展をみてきた。本節では少しMBCTから離れ、近年のうつ病に対する異常心理学研究の成果を概観し、それらの知見から示唆を得つつ、さらにMBCTの理解を深めたい。ここでは特に、Edward WatkinsとJutta Joormannという2人の研究者の動向に注目したい。

MBCTの立役者Ed Watkinsの歩み

Ed Watkinsは、Teasdaleの最後の共同研究者として、うつ病における分析的・評価的自己注目の問題性と、経験的自己注目の有効性を実証してきた。しかし、Teasdaleの引退（2004年9月）後、彼の関心は“評価vs.経験”から“抽象（abstract）vs.具体（concrete）”へと徐々に変化してきているようである。Watkins & Moulds（2005）において、初めて反すうに伴う思考の具体性低下の問題に触れると、Watkins & Moulds（2007）では、心配の具体性減少理論（Stöber & Borkovec, 2002）がうつ病者にも当てはまることを確認した。そして、Ehring & Watkins（2008）は、診断横断の展望により、うつ病、全般性不安障害などの13種類の精神疾患には共通して、ネガティブかつ持続的な思考パターン（抑うつ的反すうや心配など）があり、これらは皆、抽象的/概括的な特徴を持つと指摘した。これまでも述べてきたように、自伝的記憶の概括的な検索スタイル、過度の一般化や具体性の低い（抽象的な）状況の把握といった認知スタイルは、抑うつと関連する（Watkins, 2008; Watkins, Baeyens, & Read, 2009）。そこでWatkins, Moberly, & Moulds（2008）は、反すうには、抑うつをもたらす“抽象的处理モード”と、抑うつと反対の効果をもたらす“具体的処理モード”があるとすると、反すうの処理モード理論を提唱し、仮想シナリオを用いて具体的な思考モードを誘導することが、後続する失敗経験による抑うつ気分を緩和することを示した。このことは、抽象的/概括的な考え方や記憶の検索の仕方を“具体的なもの”に置き換えることにより、うつ病再発の元凶である反すうを、無効なものに修正することが可能となることを示唆する。こうした発想から、Watkinsのグループはいくつかの新しい治療プログラムを提案している。

たとえば、Watkins, Scott, Wingrove, Rime, Bathurst, Steiner, Kennell-Webb, Moulds, & Malliaris（2007）は、Rumination-Focused Cognitive Behaviour Therapy (RFCBT) を考案した。これは、10～12セッションから構成される治療プロトコルであり、行動活性化療法（Martell, Addis, & Jacobson, 2001）の諸技法と、

具体的な思考の訓練が含まれている。抑うつを回避行動に伴う状態であると概念化し、正の強化を受ける接近行動を増加させることを目指す点は行動活性化療法と同様であるが、RFCBTではさらに、抽象的思考パターンも回避行動ととらえ、具体的に思考することで正の強化を得られるよう訓練する。Watkins et al.（2007）は、薬物療法で十分に回復しなかったうつ病者にRFCBTを実施し、抑うつの残遺症状、反すうの頻度などを大きく改善できることを示した。特筆すべきは、同じ基準でスクリーニングされたうつ病者に対する認知療法（Scott, Teasdale, Paykel, Johnson, Abbott, Hayhurst, Moore, & Garland, 2000）の効果サイズを大きく上回った点である。さらに、思考パターンの訓練により特化した技法としてWatkins et al.（2009）は、Concreteness Training (CNT) を提案した。CNTは、治療者との約1時間半のセッションと、1週間、1日30分程度のホームワークを組み合わせたプログラムである。対象者は、提示された仮想シナリオにフィールド視点で入り込み、その状況、見えるものや聞こえる音、その状況の変化などについて具体的に質問される。また、自伝的記憶を想起した状態でも同様の質問がなされる。CNTは、高抑うつ傾向者の抑うつ傾向や抑うつ反すうの頻度を減少させ、思考過程の具体性を高めることが示されている（Watkins et al., 2009）。

ここで、Teasdale（1999）とWatkinsの違いについて論じてみたい。Teasdaleが“評価vs.経験”を重視していたのに対して、Watkinsは、“抽象vs.具体”を重視する。Watkinsの方は、“抽象的・分析的自己注目”のように両者を併記していた時期もあり（e.g., Watkins & Moulds, 2005）、反すうの抽象的モードと情報処理の評価的モードの違いをさほど重視していないようでもある。しかし、両者の理論的相違は決して小さいものではない。self-discrepancy理論（Higgins, 1987）を反映するdoing modeは、理想自己に現実自己を近づけることを目標に活性化するモードである。しかし、想いに反して理想が手に入らないことで人は時に苦悩する。そこで、“理想を追求する”という価値観そのものからの脱却を目指すという“発想”にTeasdaleは至ったのである。一方Watkinsは、持続的思考研究から、抽象的思考の問題性を導き出し、不適応的な抽象的思考スタイルを適応的に訓練するという発想に至った。技法レベルでいうなら、CNTでは今ここでの感覚に注意を向けるよう指示がなされ、一見MBCTと似ているようにも見受けられる。しかし、受容感覚を用いて“うまく”思考する訓練を行うなら、それは価値判断的なdoing modeに依存しており、受容感覚を体験するに任せるbeing modeの訓練とは異なってくるであろう。こうした違いについて、WatkinsはTeasdaleの“発想”をどの程度RFCBTや

CNTに反映させているのか、不思議と全く言及がないため判じ得ないが、“評価vs.経験”と“抽象vs.具体”の違いを軽視する様子からは、Teasdaleが見いだした発想の重要性の認識が感じられない。さらに、MBCTではbeing modeの獲得のために人全体を包む“温かな”雰囲気重視されているが (Segal et al., 2002), Watkinsはこれも重視はしていないようである (Watkins, 2008の脚注1を参照)。“制御をやめるという制御”の発想により、認知療法にMTの導入を決意したTeasdaleに対して、Watkinsは、RFCBTは“マインドフルネスとは違う!”と述べているようである (杉浦, 2009)。Watkinsが軽視する2点は、マインドフルネストレーニングの根源的な特徴を反映しているのかもしれない。

もちろん、Teasdaleの理論と相違があるからといって、RFCBTやCNTの臨床的意義が損なわれるわけではない。“明日から酒はやめよう”という抽象的思考が往々にして行動に結びつかないことは、経験的にも理解できる。それよりも、“今日は一仕事終えたからご褒美として1杯だけ飲んでもいいか”という具体的な思考のほうが、よほど行動に結びつきやすいのである。おそらく、RFCBT・CNTとMBCTは、効果をもたらすプロセスの次元が異なるのであろう。今後、RFCBT・CNTの発展はもちろん、Watkinsやその他の研究者によって、“評価vs.経験”と“抽象vs.具体”という視点の違いが意味するところについても、より詳細な議論がなされることを期待したい。

Joormannらの異常心理学とMBCT

2007年からの3年間で、*Journal of Abnormal Psychology*に9本も論文を掲載しているJutta JoormannとIan H. Gotlibのグループは、最も精力的にうつ病の異常心理学研究を行ってきたグループの一つといえよう。彼女らの研究の目的は、“なぜ、気分を制御できず、反対に、ネガティブな反すう的思考を増加させネガティブ感情を強める、自滅的なサイクルをもたらしてしまう個人が存在するのか、という問いに答えること (Joormann & Gotlib, 2008 P.182 L.27)”である。これは、Teasdaleの初期の関心 (Teasdale, 1988)と全く共通している。この目的を達成するために彼女らは、多面的に認知バイアス課題を用いた実験を重ねた。その結果、うつ病者には、統制的注意バイアスと、自己関連づけされた刺激に対する記憶バイアスが顕著であることを明らかにした (e.g., Gotlib, Kasch, Traill, Joormann, Arnow, & Johnson, 2004)。こうした認知バイアスをもたらすうつ病者の認知的脆弱性の核とは何なのか。Joorman (2008)によれば、それはWorking Memory (WM)における認知的抑制 (cognitive inhibition: CI) 能力の欠損にあるという。WMは処理容量に限界があるため、効率のよい処理

のためにはWM内に存在する情報を更新する (排除する) 能力が求められる。この能力が欠損することは、①必要な情報と不必要な情報がリンクして長期記憶に貯蔵され、さらに②WMに不必要な情報がより長く帯同することになる (Hasher & Zacks, 1988)。①により、不正確な情報の想起や判断、処理の遅延が生じる。また、②により、不必要な情報の意図的処理が長く続く (つまり、反すうの状態に陥る) ため、新しい情報の処理が妨げられるのである。彼女らは、認知課題を用いて上記のことをより直接的に検討した。たとえば①について、偽記憶の形成しやすさを評定しうるDeese-Roediger-McDermott (DRM) 課題 (Roediger & McDermott, 1995)を用いて、うつ病者は健常者と比して、ネガティブ刺激に対して偽記憶を形成しやすいことを示した (Joormann, Teachman, & Gotlib, 2009)。また、“あいまいに”さまざまな感情を示した表情写真を一対にして、どちらの感情強度が強いかを選択させる感情強度強制選択課題において、happy表情を他の表情よりも弱く判定する傾向があることが示された (Yoon, Joormann, & Gotlib, 2009)。さらに②については、指示忘却課題を用いて、CIの能力が反すうと特異的に関連することを示している (Joormann & Gotlib, 2008)。WMの情報更新能力を高めれば、本当にうつ病は改善するのか。これを確かめる試金石としてJoorman, Hertel, LeMoult, & Gotlib (2009)は、指示忘却手続きを援用した思考抑制課題 (Training Forgetting: TF)を用いて、ネガティブな記憶バイアスを持つうつ病者でも、ネガティブ記憶を忘却できることを示している。WMにおける抑制欠損は、気分一致処理を持続させ、通常その後自動的に生じ、気分修復に重要な役割を果たすはずの気分不一致処理を妨げる。CIの能力を向上することで、気分修復機能をうまく発揮させることが、認知的再評価の形成と並んで重要な情動制御方略となりうるというのが彼女の主張である (Joormann, 2008)。

近年、Joormannらはうつ病の再発予防にも関心を向け、急性期患者を対象に用いてきた実験課題をうつ病寛解者にも適用している。たとえば、表情写真を長時間 (1s) 提示するドットプロブ課題を用いて、うつ病寛解者にも統制的注意バイアスがあることを示した (Joormann & Gotlib, 2007)。また、注意課題のほか、自己関連づけ課題の後の偶発再生記憶課題も用いて、急性期患者の9ヵ月後の予後を予測した研究を行った結果、診断を予測した指標はみられなかったものの、自己関連すると判断されたポジティブ語を多く想起した者は、より症状の改善を示した。さらに、中性から感情価を含む表情写真へとモーフィングで変化させ、感情価を認めたところで停止する表情モーフィング課題によって、うつ病寛解者は非うつ病者と比してhappy表情の検出により

強い感情価が必要であることが示された (LeMoult, Joormann, Sherdell, Wright, & Gotlib, 2009)。急性期患者と比較すると、寛解者のバイアスは幾分弱いものの (Fritzsche, Dahme, Gotlib, Joormann, Magnussen, Watz, Nutzinger, & von Leupoldt, 2010)、うつ病が寛解しても、判断や記憶のバイアス、ひいてはそれをもたらすCIの欠損は、依然となくならないことが示唆される。

Joormannらは、Teasdaleと同じ目的を持ちながらそれをほとんど引用しない。それが意図的か否かはわからないが、寛解者に対するより根本的な介入が必要であることを強調する点、実験課題を用いて実証的にメカニズムを明らかにしようという姿勢など、両者の共通点は多い。何よりも、Joormannらの寛解者の認知バイアス研究からは、寛解者に対する認知機能訓練としてMBCTを行うことの妥当性が支持される。ただし、目下の帰結は両者で大きく異なる。Teasdaleが気分一致処理（抑うつの処理）の活性化は自動的で抑え難いため、これを無理に制御するのではなく、これをもたらす評価的doing modeの放棄を目指したのに対して、Joormannは、あくまでその活性化を抑制するCIの能力の欠損ととらえ、制御能力の向上を目指す。この違いは、Teasdaleが臨床家であるのに対してJoormannには臨床経験がないことに起因するのかもしれないが、先に示したとおりMTが認知的制御能力の向上をもたらす (e.g., Delizonna et al., 2009) ならば、いずれにせよ、マインドフルネスの有効性を支持する考え方といえる。もちろん、Joormannらが使用しているユニークな実験課題を用いてMBCTの効果のメカニズムを検討することも、今後の楽しみの1つである。

おわりに

本稿の目的は、特にうつ病の再発予防に関する異常心理学研究を、MBCTの発展と重ね合わせながら展望することであった。うつ病は、寛解してもその認知的基盤は容易に修正されないため、それを念頭においた介入が必要となる。そのためのアプローチとして、MBCTは有効であることがうかがえた。うつ病再発の脆弱性として、Teasdaleは抑うつの処理の活性化、Watkinsは反すうにおける抽象的処理モード、JoormannはWMにおける認知的抑制の欠損を挙げており、それぞれの特色がみて取れた。そして、多くの異常心理学研究の知見は、MBCTだけでなく、Watkins et al. (2009) のRFCBTやCNT, Raes et al. (2009) のMEST, Joormann et al. (2009) のTFなど、認知機能の向上を目指したさまざまなプログラムに結実していた。ここで、改めて振り返ると、Teasdale (1999) の情動処理理論はもはや一昔前の産物となってしまったが、それでも、現在の研究者も

踏み込めない直観を含んでいたように思われる。それは、従来の情動制御方略が問題の“制御”にこだわらなかで、“制御をやめる制御”を目指した点である。今回展望したRFCBT/CNTもTFも、目下の帰結は問題の“制御”であった。マインドフルネスやアクセプタンスを導入した認知行動療法は、今“第3世代”ともてはやされる (Hayes et al., 2004) が、それはいずれも、問題-制御という対立項を止揚的に解決する策として“受容”にたどり着いた心理療法である。“制御”を今捨てるべきか否かはわからない。むしろその可能性は今後も追求されるべきである。しかし、少なくとも第3世代の認知行動療法を理解するには、この一見飛躍ともとれる解決策の意味を理解しなくてはならない。そして、それを理解することができれば、モードの変容に、近年注目されるcompassion (e.g., Gilbert, 2008) などに代表される“温かな”経験が有効であることも自ずと理解されてくるであろう。こうした直観にTeasdaleが至ることができたのは、ICSという認知の枠を超えて人を包括するモデルに出会ったことが幸いしたのかもしれない。人は頭で生きているのではない。もっとホリスティックな存在なのである (春木, 2002)。

引用文献

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Barnard, P. J. (2009). Depression and attention to two kinds of meaning: A cognitive perspective. *Psychoanalytic Psychotherapy*, **23**, 248-262.
- 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.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., Myers-Arrazola, L., Gonzalez, C., Segal, Z. V., Aubry, J., & Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*, **122**, 224-231.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, **107**, 261-288.
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Hepburn,

- S., Fennell, M. V., & Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, **32**, 775-787.
- Crane, C., Barnhofer, T., Visser, C., Nightingale, H., Williams, J. M. G. (2007). The effects of analytical and experiential rumination on autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 3077-3087.
- Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. M. G. (2007). Cue self-relevance affects autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Memory*, **15**, 312-323.
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G., Golden, A-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., Yeung, C. A., Murphy, V., Elward, R., Tchanturia, K., & Watkins, E. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive control. *Journal of Experimental Psychology: General*, **136**, 23-42.
- Delizonna, L. L., Williams, R. P., & Langer, E. (2009). The effect of mindfulness on heart rate control. *Journal of Adult Development*, **16**, 61-65.
- Ehring, T., & Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, **1**, 192-205.
- Fritzsche, A., Dahme, B., Gotlib, I. H., Joormann, J., Magnussen, H., Watz, H., Nutzinger, D. O., & von Leupoldt, A. (2010). Specificity of cognitive biases in patients with current depression and remitted depression and in patients with asthma. *Psychological Medicine*, **40**, 815-826.
- Gibbs, B. R., & Rude, S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, **28**, 511-526.
- Gilbert, P. (2009). Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy. In G. Simons (Ed.), *Cognitive behaviour therapy: A guide for the practicing clinician*. vol. 2. East Sussex: Routledge. pp. 205-220.
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Joormann, J., Arnow, B. A., & Johnson, S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, **113**, 386-398.
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion*, **10**, 34-42.
- 春木 豊 (編著) (2002). 身体心理学: 姿勢・表情などからの心へのパラダイム 川島書店
- 長谷川晃・金築 優・根建金男 (2010). 抑うつ的反すうを促す反すうする利益に関する信念の内容パーソナリティ研究, **18**, 248-251.
- Hasher, L., & Zacks, R. T. (1988). Working memory, comprehension, and aging: A review and a new view. In G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory*, vol. **22**. San Diego: Academic Press. pp. 193-225.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. NY: Guilford.
- (春木 豊 (監修) 武藤 崇・伊藤義徳・杉浦義典 (監訳) (2005). マインドフルネスとアクセプタンス: 認知行動療法の新次元 プレーン出版)
- Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, **47**, 403-409.
- Hepburn, S. R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, **48**, 209-215.
- Hermans, D., Defranc, A., Raes, F., Williams, J. M. G., & Eelen, P. (2005). Reduced autobiographical memory specificity as an avoidant coping style. *British Journal of Clinical Psychology*, **44**, 583-589.
- Hermans, D., Vandromme, H., Debeer, E., Raes, F., Demyttenaere, K., Brunfaut, E., & Williams, J. M. G. (2008). Overgeneral autobiographical memory predicts diagnostic status in depression. *Behaviour Research and Therapy*, **46**, 668-677.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, **94**, 319-340.
- Ingram, R. E., & Hollon, S. D. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic Press. pp. 261-280.
- 伊藤義徳 (2006). 感情と認知行動療法 北村英哉・木村 晴 (編) 感情研究の新展開 ナカニシヤ出版 pp. 263-278.
- 伊藤義徳・金築 優・宗澤岳史・根建金男 (2004). 日常記憶と精神疾患—認知臨床心理学的アプローチ— ヒューマンサイエンスリサーチ, **13**, 185-201.
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, **7**, 109-119.
- Joormann, J. (2008). Cognitive aspect of depression. I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. 2nd ed. Guilford Press. pp. 298-321.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **116**, 80-85.

- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2008). Updating the contents of working memory in depression: Interference from irrelevant negative material. *Journal of Abnormal Psychology*, **117**, 182-192.
- Joorman, J., Hertel, P. T., LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2009). Training forgetting of negative material in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **118**, 34-43.
- Joormann, J., Teachman, B. A., & Gotlib, I. H. (2009). Sadder and less accurate? False memory for negative material in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **118**, 412-417.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte Press.
- (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)
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- 勝倉りえこ・伊藤義徳・根建金男・金築 優 (2009). マインドフルネストレーニングが大学生の抑うつ傾向に及ぼす効果：メタ認知的気づきによる媒介効果 行動療法研究, **35**, 41-52.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 617-625.
- Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K., & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders: A life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **109**, 339-344.
- 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.
- 甲田宗良・伊藤義徳 (2009). 抑うつ気分欲求の充足による抑うつの情動処理プロセス：ギャンプル課題を用いた実験的検討 日本心理学会第73回大会発表論文集, WS(28).
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **76**, 966-978.
- LeMoult, J., Joormann, J., Sherdell, L., Wright, Y., & Gotlib, I. H. (2009). Identification of emotional facial expressions following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **118**, 828-833.
- Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. New York: Wiley. Pp. 21-41.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **72**, 31-40.
- Mackinger, H. F., Pachinger, M. M., Leibetseder, M. M., & Fartacek, R. R. (2000). Autobiographical memories in women remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **109**, 331-334.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- 松村 明 (編) (2006). 大辞林第3版 三省堂
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, **18**, 176-186.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1998). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality, injuries and risk factor in 1990 and period to 2000*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health and the World Health Organization.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, **109**, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles Theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. New York: Wiley. pp. 107-123.
- プラユキ・ナラテポー (2009). 「気づきの瞑想」を生きる：タイで出家した日本人僧の物語 佼成出版社
- Power, M. J., & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Psychology Press.
- Raes, F., Dewulf, D., Van Heeringen, C., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, **47**, 623-627.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., & Eelen, P. (2007). A sentence completion procedure as an alternative to the Autobiographical Memory Test for assessing overgeneral memory in non-clinical population. *Memory*, **15**, 495-507.
- Raes, F., Williams, J. M. G., & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of MEmory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **40**, 24-38.
- Rime, K. A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgments in depression. *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 1673-1681.
- Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (1995). Creating

- false memories: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, **21**, 803-814.
- Scott, J., Teasdale, J. D., Paykel, E., Johnson, A. L., Abbott, J. R., Hayhurst, H., Moore, R., & Garland, A. (2000). Effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. *British Journal of Psychiatry*, **177**, 440-446.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. NY: Guilford. pp. 45-65.
- 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)
- Spinhoven, P., Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Wekking, E. M., Williams, J. M. G. (2006). Autobiographical memory in the euthymic phase of recurrent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **115**, 590-600.
- Stöber, J., & Borkovec, T. D. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research*, **26**, 89-96.
- 杉浦義典 (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, **16**, 167-177.
- 杉浦義典 (2009). BABCP2009: 小さな街でのビッグな体験 日本行動療法学会e-News <<http://www.soc.nii.ac.jp/jabt/j/e-news/oversea/04.html>>
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, **2**, 247-274.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse of depression. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, S37-S77.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, **26**, 113-126.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, 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.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, **33**, 25-39.
- 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.
- Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, **42**, 1037-1052.
- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, **134**, 163-206.
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, **40**, 1179-1189.
- Watkins, E., Baeyens, C. B., & Read, R. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: Proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **118**, 55-64.
- Watkins, E., Moberly, N. J., & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: Distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, **8**, 364-378.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, **5**, 319-328.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2007). Reduced concreteness of rumination in depression: A pilot study. *Personality and Individual Differences*, **43**, 1386-1395.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rime, K., Bathurst, N., Steiner, H., Kennell-Webb, S., Moulds, M., & Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A Case series. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 2144-2154.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, **82**, 1-8.
- 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, J. M. G., Barnhofer, T., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, **133**, 122-148.
- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal*

of Abnormal Psychology, **95**, 144-149.
Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, **109**, 150-155.
Yoon, K. L., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2009). Judg-

ing the intensity of facial expressions of emotion: Depression-related biases in the processing of positive affect. *Journal of Abnormal Psychology*, **118**, 223-228.

(2010年3月16日受稿, 2010年3月26日受理)