

メタ認知トレーニング (MCT) の理論と実践

東京大学大学院総合文化研究科 石垣 琢磨

1. はじめに

妄想的思考に陥りやすい人は、特徴的な認知バイアス（物事の見方や判断に関する偏り）をもつことが、さまざまな認知心理学的研究によって明らかにされてきました¹⁾。認知行動理論では、内的・外的環境に対する認知バイアスや認知エラーが誤った信念を作り出し、その信念を強固なものとし、妄想に至ると考えます。妄想に陥らないためにまず大切なことは、「こうした認知バイアスが自分にもある」と気づくことです。

ドイツ・ハンブルク大学の Moritz 教授らは、これまでの研究成果を参考にして、妄想を抱きやすい統合失調症の当事者が自らの認知バイアスに無理なく気づくことができる方法「メタ認知トレーニング (Metacognitive Training: MCT)」を開発しました²⁾ (<http://www.uke.de/> を参照してください)。

MCT はグループでの実施が基本ですが、対個人用の MCT + (プラス) も開発されています³⁾。筆者らは Moritz 教授の協力のもとに MCT 日本語版 (MCT-J)⁴⁾ と MCT + 日本語版⁵⁾ を作成し、MCT の研修と研究を目的に MCT - J ネットワーク (M ネット: <http://www.mct-j.net/>) を立ち上げました。ここでは、MCT の理論の概要と、具体的な実践方法について簡単に説明します。

2. メタ認知とは何か

いくつかの心理学の教科書では、メタ認知の存在を確認できるわかりやすい例として「のどまで出かかる現象 (Tip of the Tongue (TOT)

phenomenon)」が挙げられています。何かを思い出そうとして、今にも思い出せそうなのに出てこない。しかし、おぼえているという強い感じだけはあり、という日常的な体験です。この「おぼえていることはわかっている」という感覚がメタ認知の存在を示唆しています。

メタ認知を分類すると、表 1 のように「メタ認知的活動」と「メタ認知的知識」の 2 つになります⁶⁾。いいかえると、メタ認知の機能とは、自分の感情、思考、行動、生理的環境などを理解すること、自分の認知機能をモニターすること、

表 1. メタ認知の概説

メタ認知的活動	<ul style="list-style-type: none"> 自分の認知過程のモニタリングとコントロール 上記活動を支える方略に関するスキル
メタ認知的知識	<ul style="list-style-type: none"> 人変数に関する知識：自分自身、他人、人という概念など、「人」についての知識。「私は考えることは得意だがそれを表現することが苦手だ」というような個人内での比較にもとづく認知的な傾向や特性についての知識（個人内変数に関する知識）、「AさんはBさんよりも想像力に富んでいる」といった個人間の比較にもとづく認知的な傾向や特性についての知識（個人間変数に関する知識）、「注意を向けていなかったことは、あまり記憶に残らない」などの人間の認知についての一般的な知識（一般的な人変数に関する知識）。 課題変数に関する知識：「科学論文を読んで理解するほうが、小説を読んで理解するよりも時間がかかる」といった課題の性質が人の認知活動に及ぼす影響についての知識。 方略変数に関する知識：目的に応じた効果的な方略の使用についての知識。

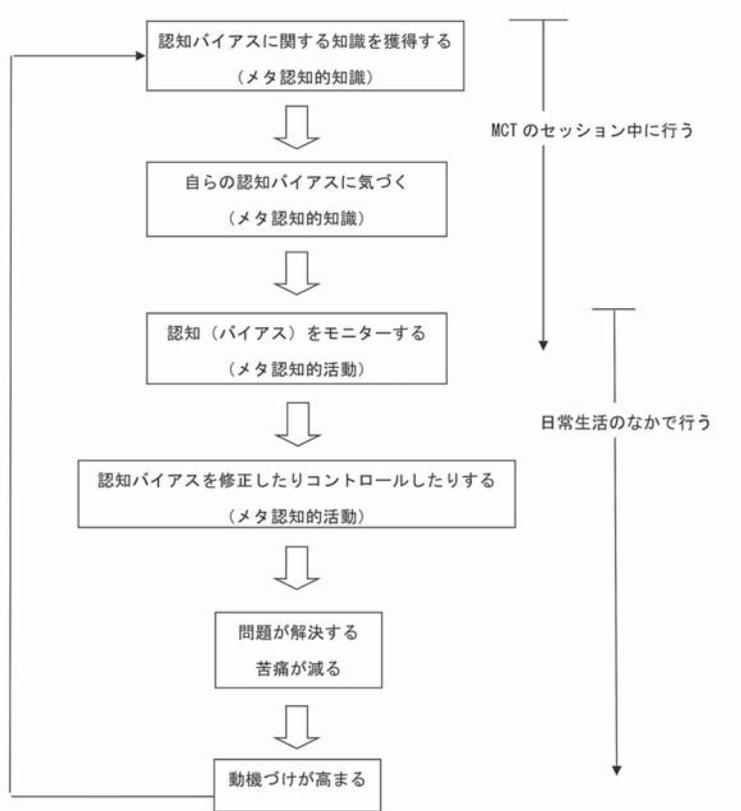


図1. MCTの訓練ステップ

と、そしてその認知機能をコントロールすることだといえるでしょう。

Moritz 教授らが定義するメタ認知とは、適切な反応を選択する能力、情報への注目と評価、自らの認知的限界の理解とその対処法の実践など、メタ認知的活動とメタ認知的知識の両方を含む幅広い概念です。

メタ認知と関連する脳部位は前頭連合野だといわれています⁷⁾。病理メカニズムの詳細はまだ解明されていませんが、統合失調症では前頭連合野にも障害が生ずると考えられていますから、メタ認知機能も低下していると推測されます。

MCTでは「自らの認知バイアスを理解する → モニターする → コントロールする」の図式に従い、図1のように段階的に訓練を実施して、低下したメタ認知機能を回復させること

を目的としています。

メタ認知の機能は、健常者でも焦っていたり不安になっていたりと低下することがあります。この、「当事者と健常者の間にさほどの差異は無い」という視点はMCTの実践にとってとても重要です。「誰でも体験することがあるのだから、自分の体験は特別なことではない」という意識を当事者にもってもらうことをノーマライゼーションとよびます⁸⁾。MCTの各モジュールはきわめて構造化されていますが、どのモジュールもノーマライゼーション部分が導入として置かれています。

3. MCTの概要

MCTは、統合失調症においてよくみられる認知バイアスと問題解決のバイアスに焦点をあて

表2. MCT と MCT + の構造の比較

MCT	MCT +
モジュール 1: 帰属 - 自分のせい、他の人のせい モジュール 2: 結論への飛躍 I モジュール 3: 思い込みを変える モジュール 4: 共感すること I モジュール 5: 記憶 モジュール 6: 共感すること II モジュール 7: 結論への飛躍 II モジュール 8: 自尊心と気分 (Cycle A と B にそれぞれ 8 つのモジュールがある。2 つの Cycle とも構成は同じ)	ユニット 1: 関係構築とアセスメント (該当するスライドはない) ユニット 2: メタ認知トレーニング (MCT +) への招待 ユニット 3: 素因 - ストレスモデル ユニット 4: 帰属スタイル ユニット 5: 正しい結論をください (MCT では「結論への飛躍」) ユニット 6: 思い込みを変えよう ユニット 7: 相手の気持ちを理解する (MCT では「共感すること」) ユニット 8: 記憶 ユニット 9: 自尊心と気分 ユニット 10: 再発を防ぐ

た次の 8 つのモジュールから構成されています。

- (1) 特殊な原因帰属のありかた (自己奉仕バイアス = ネガティブな出来事の原因を他者に帰属しやすい)
- (2) 「結論への飛躍」バイアス (情報収集バイアス)
- (3) 強い思い込み (自分の信念と一致しない証拠に対するバイアス)
- (4) 「心の理論」の障害 (他者の感情認知に関する障害)
- (5) 記憶の誤りに対する自信過剰
- (6) 「心の理論」の障害 II (自閉への欲求)
- (7) 「結論への飛躍」バイアス II (固着した解釈)
- (8) 自尊心の低下と抑うつ気分。

個人用の MCT + は集団用の MCT とは構成が多少異なるので、その違いを表 2 に示しました。モジュール (MCT) とユニット (MCT+) の詳細は参考文献 4 と 5 を参照してください。

先述したように、MCT の各モジュールは心理教育とノーマライゼーションから始まります。たとえば、「結論へ飛躍する」という認知バイア

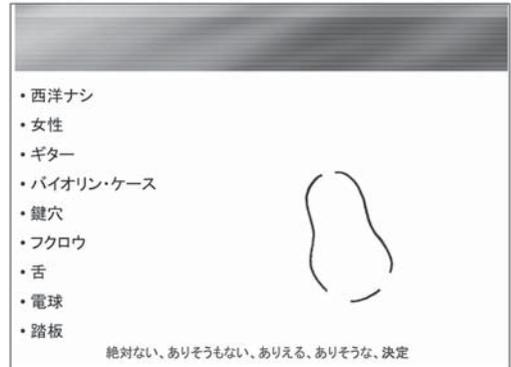


図 2. MCT モジュール 2 「結論への飛躍」問題のスライド例

「情報を十分に集めないと正しい結論に至らない」という課題。スライド右側に示される絵は徐々に情報が增加する。このスライドでは、曲線が何を表しているかをスライド左側に示された選択肢から選ぶ。さらに、その判断はどの程度の「確信度」でくださったかをスライド下部の選択肢から選ぶ。

表 3. MCT の資料構成

資料	概要
16 のパワーポイント・スライド	各々 8 つのモジュールを含む Cycle A と Cycle B からなる
マニュアル	全体の概念と、各モジュールの実践方法、実践ポイントが示されている
6 つのホームワーク資料	モジュールごとに用意されている (ただし、モジュール 2 と 7, 4 と 6 では同じ資料を用いる)。ホームワークの前半はモジュールの要点がまとめられており、後半はモジュールの内容に沿った日常生活での実体験を自己記入する課題が設定されている。
1 枚のイエローカード	認知的修正、対処法の再考を促す 3 つの質問「そう考える証拠は何ですか?」「別の見方はありますか?」「たとえ本当だとしても、過剰に反応していないでしょうか?」からなる
1 枚のレッドカード	緊急連絡先を記入するカード

スは人間一般にみられることが最初に提示されます。次に、「結論へ飛躍する」多くの実例や問題が示されます（たとえば、図2）。参加者の課題は、自分の「結論へ飛躍する」傾向を見つけ、修正できるようになることです。

また、別のモジュールでは、不適応的な対処方略（たとえば、回避や思考抑制〔考えないように努力してしまうこと〕）について説明され、それらをより適応的な方略に置き換えることがめざされます。

MCTを実施するうえで必要な資料は表3のような構成になっています。M ネット会員にはこれらの日本語版が無償で提供されます。

4. 実践方法

(1) モジュールの数とセッションの頻度

1週間で2つのモジュールを実施し、体験を深め効果を維持するために、2つのCycleの両方に参加することがマニュアルでは推奨されていますが、先行研究⁹⁾によって週1回でも有効性が証明されています。

(2) グループの人数

マニュアルでは、グループの人数は3人以上10人までとなっていますが、日本では実施する施設の事情によると思われます。

(3) セッションの所要時間

マニュアルでは45～60分とされています。参加者の集中力が持続する範囲内で行います。

(4) セッションの導入と終了

「はじめに前回のモジュールを振り返り、次にホームワークの確認を行う」という順序が推奨されています。新しい参加者のために自己紹介したり、プログラムの簡単な紹介をしたりしてもよいでしょう。

セッション終了の時間が迫っているとき、課題がすべて終わっていないくても、「トレーナーは

そのモジュールの学習目標が要約されている最後のスライドだけは提示すべき」だとマニュアルには書かれています。

セッション終了時にはホームワーク用紙を配布してください。筆者は、参加者にすべてのホームワークシートのファイルを事前にわたしています。

(5) 専門職のトレーナーが行う

トレーナーは統合失調症に対する豊富な治療経験をもつ精神科医かコメディカル・スタッフが担当します。集団療法の経験があるとなおよいでしょう。

(6) セッション中に顕在化した精神症状への対処

もし、セッション中に参加者の精神症状が顕在化した場合でも、その場での治療的介入は行いません。個々の妄想は、それぞれの治療者と一対一のセッションで扱われるべきだからです。

(7) プログラムの導入

基本的に、MCTはオープン・グループで実施されます。Cycleのどのモジュールからでも参加できます。新規参加者にプログラムの説明を行う場合は、「先輩参加者」がトレーナーの援助のもとで行ってもよいでしょう。

(8) 対象者の基準と除外基準

①統合失調症および統合失調症スペクトラム障害が主たる対象です。ただし、それ以外の診断を受けた当事者にも適用は可能です。M ネットでは、試験的な使用ですが、発達障害や気分障害のグループ、就労支援、学校臨床、家族教育で利用しているという報告があります。

②参加者には、約1時間のセッションに参加可能な集中力が必要です。

③スライドの内容について自分に関連した強い妄想的解釈が生じない限り、妄想や幻覚があることは参加できない条件にはなりません。ただ

し、(反社会的行動、性的逸脱行動、敵意による攻撃行動のような)不適切な行動がある場合は、その行動が改善するまで参加できません。

④あるセッションを欠席したとしても、個別に実施する必要はありません。プログラムは順序どおりに実施する必要がないので、参加できなかったセッションには後で参加すればよいからです。

(9) セッションの雰囲気

他の集団療法と同じく、受容的で自由に意見を述べあえる雰囲気が大切です。すべてのスライドを見せようと焦るよりも、ディスカッションが活発に行われ、参加者が互いの意見を交換する時間を十分取るように注意してください。人前で話すことに不快や不安を感じる参加者には、ディスカッションへの参加を強いることなく、「はい」「いいえ」で回答できる質問をするか、挙手を求めてもよいでしょう。最初にトレーナーが、他の人の話に耳を傾けることや、異なる意見を尊重することといった集団の基本的ルールを説明してください。

5. 実践上の注意

(1) マニュアルの重要性

トレーナーは、まずマニュアルをよく読んでください。MCTの理論や実践方法がかなり詳しく書かれているので、MCTのマニュアルというだけでなく認知行動療法のテキストとしても利用できます。その後、スタッフ同士で練習してみてください。

(2) トレーナーが「柔軟さ」を身につける

マニュアルが充実しているといっても、MCTはあくまでもヨーロッパ人を対象にして開発されているので、臨床環境やグループの条件が異なるわが国ではさまざまな点で「やりづらさ」が生じるかもしれません。たとえば、「スライドで提示された『例』のなかには、わかりづらい

と感じるものがあった」「スライドの絵が日本人にはなじまないと思う」という意見が参加者から出ています。

トレーナーには、担当する参加者の症状、知的能力、興味関心に合わせて適切に内容(スライド)や言葉を選ぶ「柔軟さ」が要求されます。マニュアルにも「すべてのスライドを使用する必要はない」とあり、スライド選択の自由度は確保されています。

また、MCTには中国語、韓国語、インドネシア語、ヒンディー語のように他のアジア諸国語版が作成されていますが、諸外国の臨床現場で大きな問題は生じていません。文化的差異をトレーナー自身が強く意識しないことが大切であり、認知バイアスは文化的差異を超えて存在することを参加者に強調すべきです。

MCTの資料や実践のコツは、Mネット上でも手に入れることができます。

(3) ホームワークの重要性と日常生活に活かす方法

セッションで学んだことを日常生活に役立たせるために、ホームワークはきわめて重要です。しかし、さまざまな理由でホームワークを実行できない当事者が多いのも事実です。この場合もトレーナーは柔軟さを発揮して既存のホームワークをもっと簡単に実行しやすいものに変えてもかまいません。

筆者は、MCTの参加者にかかわっているすべてのスタッフが、MCTの目的・内容とそこで使われる用語を理解して、日々の支援にそれらを用いることの方がホームワークよりも大切だと考えています。治療上重要なことは「参加者にホームワークを確実にやらせようこと」ではなく、「MCTのエッセンスを参加者の日常生活にいかに関係させるか」です。

6. まとめ

当事者が楽しく参加でき、特別な用具を必要

とせず、訓練すればどのような職種でも実施が可能だという「使い勝手の良さ」がMCTの特徴です。有効性に関する知見のまとめは、Moritzによるレビュー論文を参考にしてください¹⁰⁾。日本語版MCT-Jに関しては今のところパイロット研究¹¹⁾しかないので、有効性の検証までふみこむ臨床研究が今後期待されています。

7. 参考文献

- 1) Garety P, Hemsley D.: *Delusions; Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford University Press. 1994 (丹野・監訳: 妄想はどのようにして立ち上がるか, ミネルヴァ書房, 東京, 2006)
- 2) Moritz S, Woodward TS: *Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention*. *Current Opinion of Psychiatry* 20: 619-625, 2007
- 3) Moritz S, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Schmidt C, et al.: *Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms*. *Psychological Medicine* 41: 1823-1832, 2011
- 4) 石垣琢磨: 統合失調症のメタ認知トレーニング (Metacognitive Training: MCT) 日本語版の作成. *精神医学* 54: 939-947, 2012
- 5) 石垣琢磨, 則包和也, 川添郁夫, 丹野義彦, 細野正人: 個人用メタ認知トレーニング (Metacognitive Training plus: MCT+) 日本語版の開発. *精神医学* 56: 65-74, 2014
- 6) 楠見孝: メタ認知. 藤永・監修: 最新心理学事典, 平凡社, 東京, 2013, p.707
- 7) 渡邊正孝: メタ認知の神経科学的基礎. 三宮・編著: メタ認知, 北大路書房, 京都, 2008, pp207-225
- 8) Kingdon D, Turkington D.: *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. The Guilford Press. 1994 (原田・訳: 統合失調症の認知行動療法, 日本評論社, 東京, 2002)
- 9) Favrod J, Rexhaj S, Bardy S, Ferrari P, Hayoz C, et al.: *Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study*. *Eur Psychiatry* 29:275-81,2014.
- 10) Moritz S, Andreou C, Schneider BC, Wittekind CE, Menon M, et al.: *Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia*. *Clinical Psychology Review* 34: 358-366, 2014
- 11) 細野正人, 山崎修道, 石垣琢磨: デイケアにおけるメタ認知トレーニング (MCT) 日本語版の利用可能性の検討. *精神医学* 55: 1165-1171, 2013