

メタ認知療法

MCTの特徴

受講者A: MCTは認知の内容ではなく、プロセスに働きかけているということか？

ウェルズ: 部分的には。

熊野: それでは、メタ認知の内容に働きかけているということか？

ウェルズ: その通り。

MCTとは、通常の認知をコントロールするメタ認知の内容を変える認知行動療法。特にネガティブなメタ認知的信念に直接介入するのはMCTだけである。

(WCBCT in Boston, 2010)

MCT(メタ認知療法)

- A・ウェルズが注意、自己注目、メタ認知の認知心理学的研究に基づいて開発した認知療法的介入体系。
- 自動思考は問題とは捉えず、心配、反芻、思考抑制などの思考プロセスがメタ認知的要因によってトップダウン(意識的)に選択、実行されることを問題とする。
- 病理的な思考プロセスとして、自己注目を拡張した概念のS-REF(自己調節実行機能)モデルと、その産物であるCAS(認知注意症候群)が想定されている。

メタ認知への注目

- メタ認知とは、「認知に適用される認知」のこと
- メタ認知的知識(例:「この状況を乗り切るためには、心配することが必要だ」)、経験(例:知っているという感じ)、方略(例:思考をコントロールし信念を守るための方法)に分けて理解される。
- 日常生活の中で常に生じては消えていく「通常の認知」とは異なり、それらをモニタリングしたりコントロールしたりする認知的要因の存在が仮定され、それがメタ認知と呼ばれている。
- 思考に対する通常の経験の仕方である対象モードでは思考は現実と区別されないが、メタ認知モードでは思考は自身や世界とは別の出来事として観察される。

MCTと認知療法の立場の違い

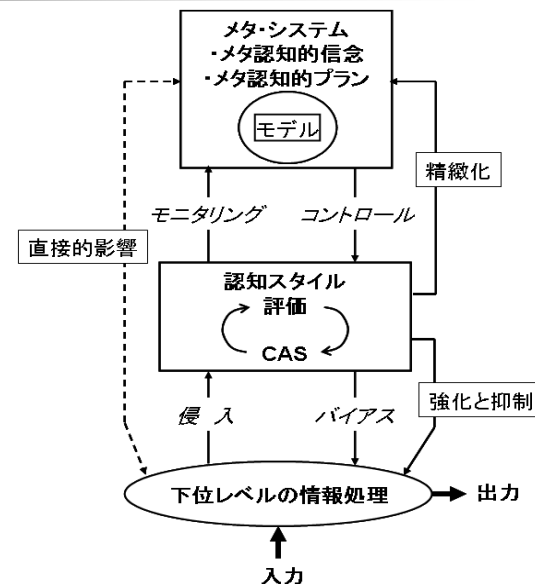
- 第一に、きっかけになる刺激に反応して自動的に引き起こされる認知(自動思考)は、その後の気分や行動に一貫した影響力を持たないことから問題とは捉えず、心配、反芻、思考抑制などの思考プロセスがメタ認知的要因によりトップダウン(意識的)に選択、実行されることに問題があるとしている。
- 第二に、スキーマや不合理な信念も、そのままの形で長期記憶に留まっているというよりも、心配や反芻などの思考プロセスやそれを持続させているメタ認知的要因が、その都度生成する産物であると理解するため、個々の信念の内容を変えるのではなく、その持続や影響力(機能)を決定するメタ認知的要因に働きかける。

S-REFと注意認知症候群(CAS)

- S-REFとは、自己注目(自己の内の事象に注目しすぎる状態)を拡張した概念で、特に中間レベルは、自己に関連する意識的な情報処理を行ない、行為のコントロールや評価を行なっているとされる。
- このレベルから生み出される病理的過程が、認知注意症候群(CAS)。
- CASは、不安障害やうつ病を持続させる中核的な病理的過程であるとされ、以下の3つで構成される。
 - 脅威刺激への注意バイアス
 - 心配や反芻という反復的思考
 - 回避行動や思考抑制などの役に立たない対処行動

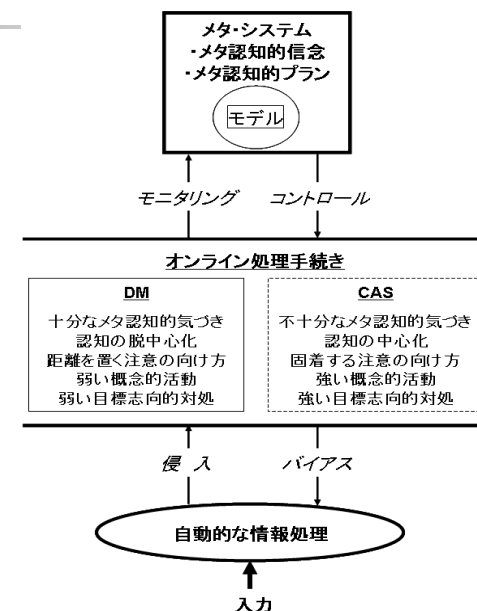
S-REF(自己調節実行機能)モデル

- 3つの認知レベルの働きが仮定され、脳機能との対応も想定されている。
 - メタ・システム(長期記憶)
 - 認知スタイル
 - 下位レベルの情報処理
- 制御的処理を行なう中間レベル(認知スタイル)が、狭義のS-REFとされ、重視されている。



ディタッチト・マインドフルネス(DM)

- ディタッチト・マインドフルネス(DM: 距離を置いた注意深さ)とは、CASと対比される適応的な情報処理ができている状態。
- 自己に対する内的注意(自己注目)においても、正常な制御的処理をオンラインで行なう働きが仮定されうる。
- MCTの主要な介入目標は、中間レベルを、CASの状態からDMの状態に変容すること。



介入の進め方

- CASやDMは、メタ・システムや下位処理ユニットと相互連絡しながら情報統合しているS-REFユニットの状態であるため、CASからDMの状態に変容するためには、メタ・システムと下位処理ユニットの処理様式に応じた介入方法が必要である。
- 下位処理ユニットとの相互情報処理に介入する方法としては、注意機能に焦点を当てた方法が挙げられる。
- メタ・システムとの相互情報処理への介入としては、メタ認知的信念に焦点を当てた方法が用いられる。

(今井 & 今井, 2011)

DMを体験する方法

- DMのマインドフルネス: 思考や信念に対する距離を置いた柔軟な注意を伴うメタ認知的気づき。
- DMのディタッチメント: 1) 内的出来事に対する全ての心的反応から距離を置くこと。2) 内的な出来事を自己意識から独立したものとして経験すること (実物モード vs メタ認知モード)
- DMを体験するための10個の方法。
 - メタ認知的ガイダンス
 - 自由連想タスク
 - タイガー・タスク
 - 思考抑制・非抑制実験
 - 空を流れる雲のメタファー
 - 手に負えない子どものメタファー
 - 駅を過ぎ行く電車のメタファー
 - 言葉の繰り返しループ
 - 観察者としての自己
 - 白昼の明晰夢技法

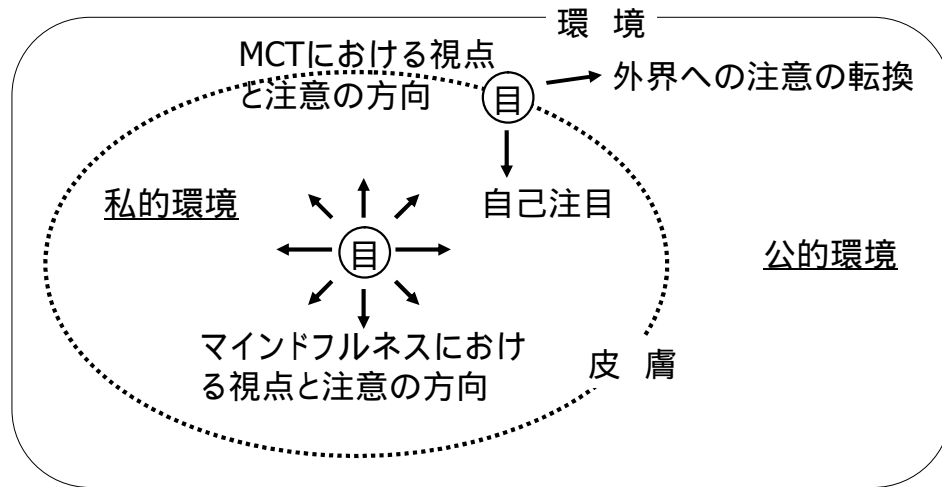
CASのアンチテーゼの理解と注意コントロール

- DM: CASと対比される適応的な情報処理(メタ認知レベルでの情報処理 = メタ認知モード)ができている状態を、体験的に理解してもらう方法。繰り返し訓練するよりも、体験的理解を得ることを重視する。
- 状況への再注意法: 下位処理ユニットとの相互情報処理に介入するために、注意コントロールを調整しようとする方法。CASの構成要素のうち、脅威モニタリングに対抗する方法と言える。
- 注意訓練: 下位処理ユニットとの相互情報処理に介入し、中性の音刺激を用いて注意コントロールを直接的に訓練する方法。繰り返し練習することにより、注意機能の柔軟性を高め、CASに対抗することを狙いとする。

自由連想タスク

- 今から少し時間を取って、普段よく使う言葉のリストを読み上げていきます。
- その際に、あなたの心はそれぞれの言葉に反応して色々動くと思いますが、好きなようにさせておいて下さい。ここでは、心の反応を意識的にコントロールしようとし**ない**ことが重要です。心の中で起こる出来事に、受身的に気づくようにだけしてみてください。
- そうすると、ほとんど何も浮かんでこないこともありますし、映像やイメージが浮かんでくることもあれば、気持ちや感覚の動きまで感じられることもあります。
- それでは、これから普段よく使う言葉を、一つずつ読み上げてみます: みかん、鉛筆、テーブル、虎、木、ガラス、そよ風、銅像…。自分の心を眺めてみたとき、何が起こりましたか。

DMとマインドフルネスにおける視点の違い



•DMは自己注目と対置されるもので、自己の内側に注意が向かう。

メタ・システムへの介入

■ メタ認知的信念

■ ネガティブなメタ認知的信念

- 心配や反芻をコントロールすることができない。
- 心配や反芻自体が危険な状態である。
- 思考 / 記憶は事実と同じく重要である (OCD、PTSD)。

■ ポジティブなメタ認知的信念

- 心配や反芻は失敗防止や問題解決に役に立つ。

■ メタ認知的プラン

- クライアントがみずからの状態をどのように捉え (モデル)、ポジティブ・ネガティブなメタ認知的信念に基づいて、どのように対処しようとするかというアクション・プラン。
- 介入の最後に新旧対応表を作成して、振り返りや再発防止に役立てる。

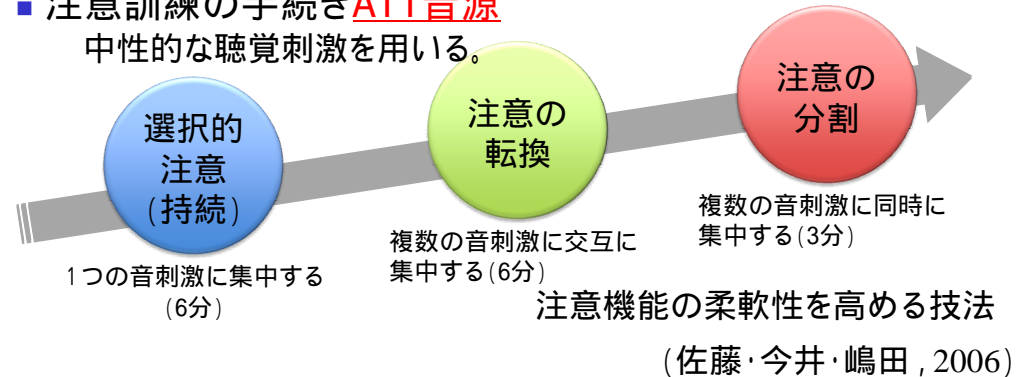
注意訓練 (ATT: attention training) の進め方

■ 注意訓練の目的

注意の柔軟性を身につけ、自己注目的な認知処理から開放することを目的としている。ネガティブな思考を制御する対処としては用いない事を前提に訓練を行う。

■ 注意訓練の手続き ATT音源

中性的な聴覚刺激を用いる。



メタ認知的信念への介入

■ ネガティブなメタ認知的信念から扱う (ネガティブなメタ認知的信念を明示的に扱うのはMCTだけ)。

- 支持する根拠と反する根拠を話し合う (言語的再帰属)。
- 心配・反芻の先延ばし (1日の遅い時間に、15分程度心配・反芻をするための時間を設定)。
- コントロール喪失実験 (心配時間を設けて、心配をしてコントロールできない状態になってもらう)。
- うつ病ではメタ認知的気づきが弱いので、ATTから。
- OCDやPTSDではDMから始め、エクスポージャは、CASの中断か、思考や記憶と現実の違いを理解するための短時間でよい。

■ ポジティブなメタ認知的信念

- 言語的再帰属 (ずっと反芻してきて、落ち込んだまま?)。
- 利点 - 欠点分析 (利点よりも欠点が多くないかを検討)。
- 心配・反芻調整実験 (する日、しない日を比較してもらう)。

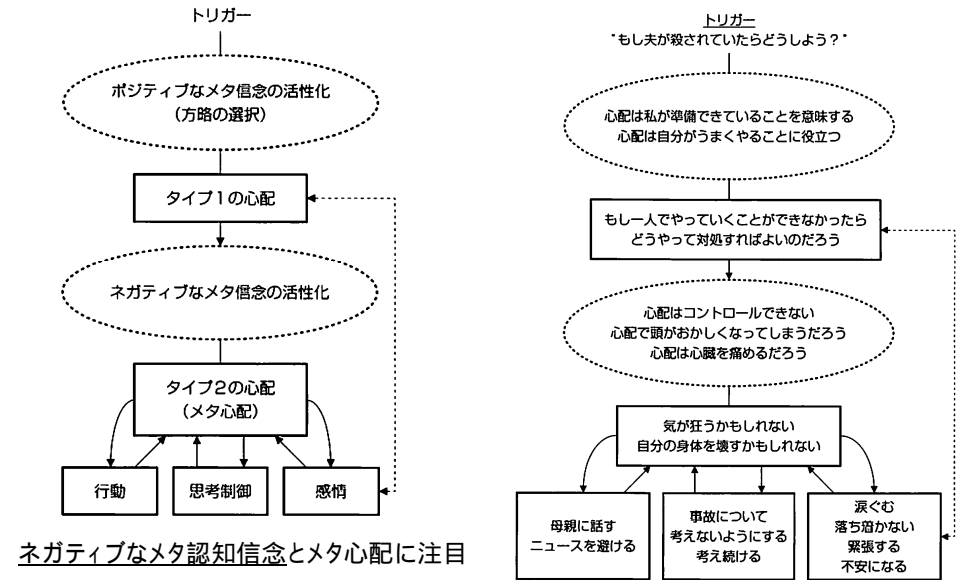
全般性不安障害に対する介入

- ケースの概念化
- モデルに対する社会化
- メタ認知モードへの誘導 (DMと心配の先延ばし)
- 制御不能性に関するメタ認知的信念への取り組み
- 心配の危険に関するメタ認知的信念への取り組み
- 心配についてのポジティブなメタ認知的信念への取り組み
- 心配の処理に関する新たなプランの強化
- 再発防止

全般性不安障害に対する介入のポイント

- 侵入思考(トリガー)と持続した概念活動としての心配を区別することは重要。
- タイプ2の心配は、心配のネガティブな評価とそれに随伴する症状であることを示すために「メタ心配」と呼ぶ。
- 心配についてのネガティブな信念を見つけるために「最悪のシナリオ」を聞くことが役立つ。
- トリガーを同定し、そのトリガーにDMを適用し、そして通常トリガーに後続する心配のプロセスを先延ばしする。
- ポジティブな信念への介入は、危険に対するネガティブな信念が成功裏に修正された後に実施される。それは、代替プランが誤って回避の原因にならないようにするため。

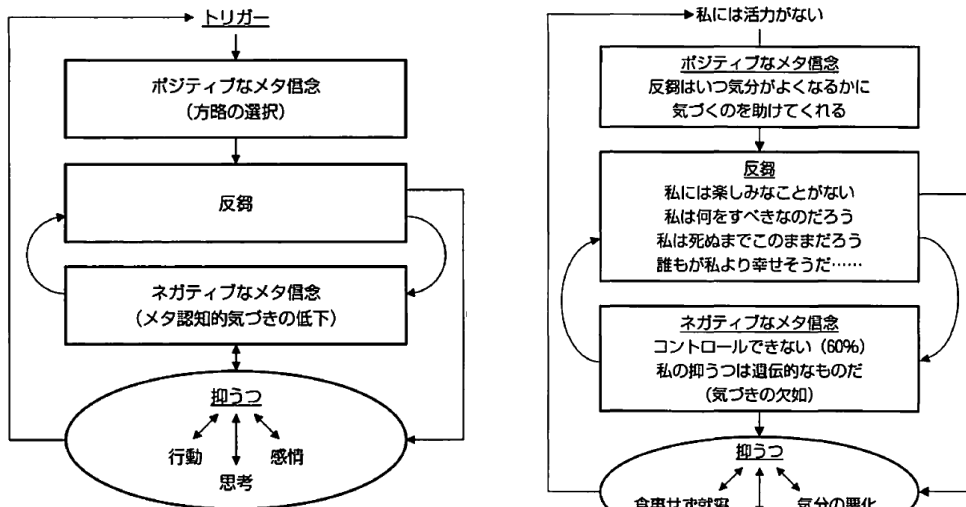
全般性不安障害のメタ認知モデル



うつ病に対する介入

- ケースの概念化
- モデルに対する社会化
- ATTとDMトレーニング
- ネガティブなメタ認知的信念 (制御不能性と疾患モデル) への取り組み
- 反芻についてのポジティブなメタ認知的信念への取り組み
- 残存している抑うつ的行動と脅威モニタリングの除去
- 処理に関する新たなプランの強化
- 再発予防

うつ病でのメタ認知モデル



ネガティブなメタ認知信念と反芻に注目

うつ病に対する介入のポイント

- ポジティブなメタ信念: 「抑うつ気分を克服し様々な問題に対する答を見つけるために反芻が役に立つ」。
- ネガティブなメタ信念: 「反芻はコントロール出来ず、自分ではどうすることもできない脳の問題が病気の原因になっており、抑うつ的になること自体が危険な状態である」。
- 反芻していること自体に対するメタ認知的気づきが弱いので、まずはATTやDMによる介入を行う。
- 反芻とネガティブなメタ認知的信念の間の自己増殖的な関係がうつ状態を悪化させ、抑うつ的な思考や気分そして消極的・回避的な行動を増強・持続させる。

メタ認知療法による大うつ病の治療

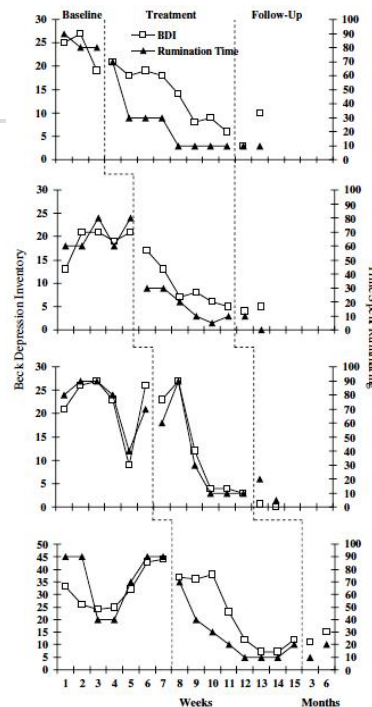
対象

- 4人の反復性/遷延性うつ病患者。

方法

- 多層ベースライン法を用いて治療効果を検討。
- BDI- と反すう時間を効果指標として使用。
- 4例中2例は6回、他の2例は8回という短期間で大きく改善した(認知療法の標準的治療回数は16回)。

(Wells, et al, 2009)



参考文献

- 熊野宏昭, 今井正司, 境泉洋(監訳), A・ウェルズ(著):メタ認知療法 - うつと不安の新しいケースフォーミュレーション. 日本評論社, 2012
- 今井正司, 今井千鶴子:メタ認知療法. 心身医学 51:1098-1104, 2011
- 熊野宏昭:新世代の認知行動療法. 日本評論社, 2012