

統合失調症のための メタ認知 トレーニング

MCT

【日本語版作成にあたり】

- 原著の“psychosis”という用語を日本語版では「統合失調症」と訳しています。
- 読者の理解を助けるため、一部で語句や文章を補っています。



© Steffen Moritz

Steffen Moritz, Todd S. Woodward,
Marit Hauschildt, Metacognition Study Group¹

VanHam Campus Press 2010

改定: 2021年3月

(日本語改定版: 2022年2月〔石垣琢磨・細野正人・安井歩美〕)

MCTの各モジュールは次のURLから、無料で取得可能です: www.uke.de/mct.

開発者Steffen Moritz教授へのメールはこちらまで: moritz@uke.de

¹ 私たちのメタ認知研究グループに参加するには許可が必要です。

第7版 7.3稿

第7版についてのお知らせ

統合失調症のためのメタ認知トレーニング(the Metacognitive Training program for schizophrenia patients: MCT) (以下、MCTと表記します)の今回の改訂は、多くの人々の協力によって成し遂げられました。まず、Julia Aghotor, Birgit Hottenrott, Ruth Veckenstedt, Rebecca Küpper, Lena Jelinek, Christiane Schmidt, Florian Scheu, Sabine Sperberの諸氏に感謝します。校正作業に関しては、Sarah RandjbarとJana Volkertの両氏に感謝します。Kerry Ross, Philippa Garety, Daniel Freemanの三氏には数多くの有益な助言をいただきました。レイアウトはAndrea Dunkerによって改訂されました。Ricarda Weil, Vivien Braun, Franziska Fliegnerには、有益な改善点を示唆してくれたことに感謝しています。最後に、私たちの患者さんたち²と、MCTを使用している多くの臨床家に感謝を捧げたいと思います。彼らからのフィードバックはMCTを改善するうえで常に不可欠です。

第6版のために、自己肯定感とスティグマに関連する新しいモジュールに関する重要な提言をいただいたDevon Andersen, Mahesh Menon, Nathalie Werkle, Joy Hermeneit, Marie Hämmerlingに感謝します。

また、第7版における文献の更新に関して、Julia Elmersに感謝します。

精神疾患のためのMCTに関する最新の研究成果

Clinical Psychology Review (Moritz et al., 2014)に、MCTのナラティブレビューが掲載されました。最近の複数のメタ分析では、妄想、陽性症状、認知バイアスの短期および長期的な改善だけでなく、病識と自己内省の改善という点でも、MCTの有効性が確認されています(Liu et al., 2018; Lopez-Morinigo et al., 2020; Sauvé et al., 2020)。また、Philippら(2019)による別のメタ分析では、統合失調症の患者さんに対してMCTは認知増強介入 cognitive enhancement interventionよりも優れていることが明らかにされています。

²「患者」という用語は、統合失調症と診断されて現在治療中の人々を表すために用いられているに過ぎず、その人々を貶めたり、汚名をきせたりする意図はありません。

MCTは各国の統合失調症治療ガイドラインに掲載されるようになりました(Gaebel et al., 2019; Galletly et al., 2016; Lincoln et al., 2019)。 www.uke.de/mctからこれらの論文やその他の資料がダウンロードできます。

ご寄付のお願い

MCTグループにご寄付いただければ、私たちにとって強力な支援になります。もちろん寄付は義務ではなく、資金提供がなくても私たちは皆さんを支援します。

いただいた寄付金はすべて、MCTのさらなる発展のために用いることをお約束します。用途には、MCTの多言語への翻訳、新しいスライドや図表の作成、MCTの実践経費が含まれます。ご請求いただけましたら寄付申込書をお送りしますので、以下の口座にお振り込みください。

Pay To:	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Bank (sort code):	Hamburger Sparkasse (200 505 50)
Account Number:	1234363636
Reference/Reason for Payment line: (this is crucial to ensure that your donation reaches us)	0470/001-Metacognition
IBAN:	DE54200505501234363636
BIC/Swift:	HASPDEHHXXX

はじめに

なぜ、統合失調症のための認知トレーニングなのか？

統合失調症は複雑な精神医学的疾患です。その中核的な症状は妄想と幻覚だと考えられています。

過去10年間で、統合失調症についての考え方や治療法は大きく変わりました。神経遮断薬を用いた精神薬理学的治療は今でも治療法の中心です。しかし、統合失調症への精神療法は限定的な効果しか持たないという意見には、徐々に疑問が呈されるようになりました。抗精神病薬／神経遮断薬にほとんど反応を示さない患者さん (Gillespie et al., 2017) や、副作用や病識欠如のために治療を中断する患者さん (レビューとしてWade et al., 2017を参照) が多いため、薬物療法を補助する精神療法の研究が徐々に重要性を増しています。特に認知行動療法は有効なアプローチだといわれています (Bighelli et al., 2018; Burns et al., 2014; Mehl et al., 2015)。現在のMCT³は、統合失調症の認知行動モデルに理論的基盤を置いています。メタ認知と認知行動療法のアプローチの共通点と相違点、「メタ認知」という用語の歴史については、Moritz and Lysaker (2018) のレビュー論文を参照してください。

メタ認知トレーニングの主たる目的は妄想的観念の「認知的基盤」を変化させることです。MCTは、統合失調症でよくみられる認知的エラーや問題解決のバイアスに焦点をあてたモジュールから構成されていますが、気分や感情に関する問題も扱います。

認知的エラーや認知バイアス (結論への飛躍や記憶の誤りに対する自信過剰など) は、それ自体によって、あるいは、それらが組み合わされることによって、誤った信念を作り出し、妄想を生じさせてしまいます (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Moritz et al., 2010; Moritz & Woodward, 2007; レビューとして Hoven et al., 2019; Lancellotta & Bortolotti, 2019; McLean et al., 2017を参照)。8つのモジュールのねらいは、これらの認知的歪みへの気づきを育み、問題解決のレパートリーに反映させ、レパートリーを補完したり変化を促したりすることにあります。

統合失調症は突然、瞬間的に発生するのではなく、対人認知や社会環境に対する認知の漸進的变化の後に生じると考えられています (例えば、Freeman, 2016; Klosterkötter, 1992)。したがって、メタ認知機能を向上させると統合失調症の発症を予防できるかもしれません。

毎回のセッションの終わりで参加者に手渡されるホームワークやCOGITOアプリは、セッションから日常生活への情報の移動（＝般化／ブリッジング）を助けるでしょう。いくつかのメタ分析によって、このアプローチの有効性が確認されています（先述のセクションを参照してください）。

各モジュールは、心理教育的な部分と「ノーマライジング」の部分から始まります。モジュールの最初には、たとえば「結論への飛躍」のような認知バイアス（あるいは、認知の領域 domain）が紹介され、人間の認知がいかに誤りやすいかを示す多くの例や問題が示されます。

次に、認知バイアスの病的極端さに焦点を当てます。（正常な）思考のバイアスが極端になると日常生活で問題が生じ、結果として妄想やその他の症状が出現することが示されます。

これらは統合失調症の仮想症例とともに説明されます。参加者が希望すれば、グループ内で自らの体験を共有することもできます。

このようにして、患者さんは「認知の罫」を見つけ、それを避けることを学びます。また、不適応的な対処方略（たとえば、回避行動や思考抑制など）が説明され、それらをより適応的な方略に置き換えることも行われます³。

妄想の発生と持続への認知的な潜在的寄与因子には、帰属の歪み（モジュール1）、「結論への飛躍」バイアス（モジュール2と7）、反証に対するバイアス（モジュール3）、「心の理論」の欠陥（モジュール4と6）、誤記憶への過信（モジュール5）、抑うつ的認知パターン（モジュール8）があります。これらの臨床的妥当性については、既にも実証されているものもありますが、検討中のものもあります（たとえば、Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Grimes & Zakzanis, 2018; Murphy et al., 2018; Ramos & Torres, 2016; Savulich et al., 2012）。

³メタ認知は「自分の思考についての思考」と定義されていますが、周囲の環境の困難/問題、あるいは社会的な困難/問題に対して、適切な反応を選択する能力も含まれます。また、情報を検討・評価したり、自らの認知的限界を検討したりする方法も含まれます。

気分の問題に苦しむ統合失調症の患者さんは多く、感情面の改善は治療上の優先度が高いと考えられます(Moritz, Berna, et al., 2017)。そのため、私たちは自尊心（追加モジュールI）とスティグマ（追加モジュールII）を扱う2つのモジュールを加えました。統合失調症の抑うつと陽性症状には気分の問題が大きく影響すると考えられているため（Freeman, 2016; Garety & Freeman, 2013; Müller et al, 2020; Murphy et al.）、この2つのモジュールをこれまでのMCTプログラムに追加することを私たちは推奨しています。

モジュールはグループで実施するよう設計されています。人間の認知に対する疑いの種を蒔くことで、患者さん自らが問題のある思考パターンに疑問を持つようになります。

MCTの最新バージョンでは、思考形式の異常や妄想と、統合失調症という精神疾患との関係が強調されています。以前の私たちは、過度な症状中心アプローチは参加者の緊張を高めるのではないかと懸念していましたが、とり越し苦労でした。ただし、参加者の個人的な妄想は、治療者との一対一の治療セッションで扱ってください。この場合もMCTの資料を用いることができます（たとえば、www.uke.de/mct_plusで個別MCTプログラム〔MCT+〕を参照してください（Moritz, Veckenstedt, Randjbar & Vitzthum, 2010 ; Moritz et al.,2014））。MCT+の有効性を示すメタ分析のエビデンスもあります（Liu et al.2018）。

参加者に興味を持ってもらい効果を持続させるために、各セッションにはインタラクティブでゲームのような面白さを与えています。単純な「ドリルと練習」のような課題はありません。基礎的認知機能の不全（たとえば、注意の障害）は、統合失調症以外でも見られることに加えて、特定の脆弱性と関連するかどうかも明らかではないため、MCTの介入標的にはなっていません。

プログラムのほとんどは、スライドを実際に見ればすぐ理解できるようになっているので、マニュアルは簡略化してあります。したがって、実際にMCTを実施する場合は、ある程度の変更を加えることが許されています。しかし、基礎的理論については詳しく知っておく必要があります。経験の浅いトレーナーには、<http://www.uke.de/e-mct>で利用できる認定オンライントレーニングの受講を強くお勧めします。

現在、MCTは多くの言語に翻訳されており、次のリンクから無料でダウンロードできます：

<http://www.uke.de/mct>

MCTの構成は以下のようになっています。

- 18のパワーポイント・スライド（それぞれ8つのモジュールと追加の2つのモジュールが含まれる2つのサイクルがあります）
- 本マニュアル
- 6つのホームワーク資料（モジュール2と7、および4と6で同じ資料を用います）
- 参加者に手渡す1枚のイエローカードと1枚のレッドカード
- グループのルールが書かれたポスター
- 治療補助のためのアプリ（www.uke.de/mct_app 参照）

実施前に、次の基本的な手続きに注意してください（すべてのモジュールにあてはまりません）。

モジュールの数とセッションの頻度

MCTのプログラムには2つのサイクルCycleがあります。多くのモジュールは認知バイアスを扱いますが、3つのモジュールではうつ、スティグマ、自尊心を扱います。私たちは1週間で2つのモジュールを行うこと（1セッションで1モジュール）が望ましいと考えています。したがって、入院中の患者さんが対象の場合は、1ヶ月の入院期間で1サイクルを終わらせることができるでしょう。外来患者さんの場合も、トレーニングの効果を維持し、高めるために、2つのサイクルの両方に参加すべきだと考えています。この2つのサイクルは、原理的には同じですが、イントロダクションとセッションで行われる課題（エクササイズ）が異なります。したがって、両方のサイクルに日をおかずに参加する人には、異なる素材を提示したほうが飽きないでしょう。

グループのサイズ

グループの人数は3人以上10人までが適切です。

セッションの所要時間

各セッションは45分から60分かかります。

セッションの開始

必須ではありませんが、「前回のモジュールについての短いディスカッション->ホームワークの確認」という順序を私たちは推奨しています。加えて、新しい参加者のために短く自己紹介したり、プログラムを簡単に紹介したりしてもよいでしょう（詳細は「プログラムの導入」を参照）。

セッションの終了

セッション終了時点で課題が最後まで終わっていなくてもかまいません。ただし、トレーナーは最後の数枚のスライドだけは提示すべきです。それらには、その回の課題と症状との関連や、課題と日常生活との関連が説明されており、その回の学習目標が要約されているからです。終了後にホームワーク用紙を配布し、COGITOアプリについてグループに念を押しします。

参加者は、初めて参加したセッション終了時に、使用方法の説明とともに1枚のイエローカードと1枚のレッドカードを受け取ります（ウェブサイト参照）。イエローカードには次のような質問が書かれており、参加者は必要なとき（たとえば、攻撃されているとか侮辱を受けていると感じるとき）に参照するよう指示されます。

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、過剰に反応していませんか？

つまり、この3つの質問は、間違いに陥る前や、重大な決定を下す前に、利用可能な証拠を再考するよう促しているのです。レッドカードは、支援が必要になったときに連絡すべき信頼できる人や施設・機関の名前と電話番号を書きとめるものです。

グループセッションのための部屋

十分な数の椅子と、スライドを映す白い壁かスクリーンのある静かな部屋が必要です。

必要な機材

プロジェクターとAdobe Acrobat reader®を備えたパソコンが必要です。スライドはAdobe Acrobat のフルスクリーンモードで表示してください。なお、必要ならば、オリジナルのパワーポイント・スライドも用意されています (<https://clinical-neuropsychology.de/mct-os/>)。

プロジェクターが利用できない場合は、複数台のコンピュータを使って、参加者が個別に見られるようにしてもかまいません。

トレーナーは専門職が受け持つ

トレーナーは、統合失調症圏の患者さんに対する豊かな治療経験を持つ臨床心理士か精神科医が望ましいと考えられます。精神科専門看護師や作業療法士でも実施可能です。以前にグループセッションのリーダーをした経験があると理想的です。トレーナーは、マニュアルを読むだけでなく、私たちのe-ラーニング (www.uke.de/e-mct) への参加もお勧めします。

セッション中の精神症状への対処

もし、セッション中に参加者の精神症状が増悪しても、治療的行為は行なわないほうがよいでしょう。個々人の妄想的観念は、それぞれの治療担当者と一対一のセッションで扱われるべきです。妄想とは無関係に思われる患者さんでも、一般論として妄想的なテーマを扱うときに、「似たようなことがあった」と自らの体験を話し出す可能性があります（例えば、モジュール1の「友人があなたの後ろであなたのことを話していた」のシナリオ、モジュール5の「記憶の誤り」、モジュール6の第三者に対して怒っているように見えるシナリオ）。また、（モジュールの前半にある）「なぜ、こんなことになるのでしょうか？」と書かれたスライドや、（モジュールの後半にある）「〇〇は統合失調症とどんな関係があるのでしょうか？」と書かれたスライドで、個人的な体験を思い出すかもしれません。

グループメンバーのルール

MCTのウェブサイトから、グループの重要なルール（例えば、他者の意見を尊重すること）が記されたスライドをダウンロードできます。これをプリントアウトして、すべてのメンバ

ーが読むことができるように壁に貼ってください。例えば、意見の衝突が起きたときや新しいメンバーがグループに参加したときなどに、このルールを振り返ってください。

ビデオを提示するときのトレーナーへのアドバイス

http://www.uke.de/mct_videosでは、モジュールのトピックに合わせたビデオを観ることができます。トレーナーはビデオを事前に観て、セッション中に参加者に観せるかどうか慎重に選択してください。ドイツ語、英語、フランス語のビデオもありますが、無音声でどの国でも使用できるものもあります。ただし、ビデオのなかには、参加者やその国の文化にとって不適切なものがあるかもしれません。使用するビデオは事前に慎重に選択してください。ビデオを観た後で、ビデオがモジュールのトピックとどのように関連しているかを患者さんと話し合ってください。ロールプレイを行ったり、個人的な体験を話し合ったりしてもよいでしょう。また、ビデオを観ずに、次の課題に移ってもかまいません。

プログラムの導入

MCTはオープングループで実施されますから、患者さんはサイクルのどの時点からでも参加することができます。新規参加者に対して簡単にプログラムを説明する際に、トレーナーが助けながら「先輩」参加者が説明できるとよいでしょう。

まず、メタ認知という用語を紹介します。「メタmeta」とはギリシア語で「より上位」という意味であり、「認知cognition」とは注意、記憶、問題解決などの心的プロセスをさし、おおまかには思考と言い換えることができます。したがって、メタ認知とは「より上位の思考」、あるいは「自分の考えについての考え」を意味します（Moritz et al., 2019参照）。プログラムのねらいは、人間の認知について多くを学習することであり、私たちが最適な問題解決を行うために認知をどのように方向づけるかを学ぶことです。妄想の原因になりうる思考スタイルを学習することがプログラムの核心ですが、すべての患者さんがそのような思考スタイルをもっているわけではないことも強調されます。

学習目標と日常生活／精神障害との関係が各セッションで指摘されます。各モジュールにはこの関係を強調するスライドが含まれています（例：「なぜ私たちはこのようにふるまうのでしょうか？」「結論への飛躍が、統合失調症での誤った解釈につながる一例」「統合失調症

とどんな関係があるのでしょうか？」)。学習目標を日常生活へ応用することはMCTの最も重要な目標です。

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が、それ以外の診断を受けた患者さんでも、統合失調症の症状（特に妄想、関係念慮、幻覚）を現在あるいは過去に示していれば適用できます。
2. 患者さんは継続的にセッションに参加できなければなりません。注意力が非常に低い患者さんにとっては、セッションは大きなストレスになるでしょう。しかし、それでも、参加するよう促してみてください。
3. 自分に関連した強い妄想的解釈が生じない限り、妄想や幻覚が現存することは除外基準になりません。ただし、（反社会的、性的、敵対的などの）不適切な行動を示す可能性のある患者さんは、行動が改善するまで参加できません。グループの集団力動を壊さないためです。
4. もし、患者さんが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。プログラムをモジュール1から順に実施する必要がないからです。

アプリ「COGITO」

COGITOは、無料の自己啓発アプリです。ユーザーはさまざまなプログラムパッケージを選択することができます。2つの研究により、このアプリのうつ症状と自尊心に対する効果が確認されています（詳細は、www.uke.de/cogito_app）。COGITOの自己啓発エクササイズは、認知行動療法（CBT）とメタ認知トレーニング（MCT）に基づいており、悲しみや寂しさのような気分の問題を軽減し、妄想を改善するように設計されています。エクササイズの所要時間はわずか数分で、日常生活に簡単に取り入れることができます。また、1日2回までのプッシュメッセージにより、エクササイズの定期的な実施を促すことができます（オプション機能）。また、ユーザーは自分でエクササイズを作成したり、既存のエクササイズを修正したりすることもできます。達成したエクササイズの数に応じて、ユーザーはバーチャルなメダル（ブロンズ、シルバー、ゴールド）を集めることができます。

セッションの雰囲気

1. グループセッションを、時間に追われて急いで進行させてはいけません。1回のセッションですべてのスライドを終わらせる必要はありませんし、それは事実上無理です。MCTは高度に構造化されており、各課題は明確に焦点化されていますが、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十分な時間が保たれる必要があります。参加者同士の社会的相互作用は、自己への気づきを育み、日常行動を変化させる核となる要素です。
2. 患者さんのなかには、人前で話すことに不快や不安を感じる人もいます。彼らには、「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（例えば、「誰か他に意見のある人はいますか？」「既に決めた人はいますか？」）。「はい」と「いいえ」を表す色付きカードを使ってもよいでしょう。確信の程度を手信号で示すこともできます（手を高く上げる＝自信がある、手を半分上げる＝疑わしい）。参加者にディスカッションへの参加を強いてはいけません。トレーナーは上から目線ではなく、支持的にふるまってください。
3. 参加者に問題のある言動がみられる場合には、トレーナーは基本的ルール（例えば、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）を繰り返し伝えてください。各参加者がディスカッションに参加する機会は守られるべきであり、グループが誰か1人に支配されてはいけません。各参加者が均等に参加する機会を設けてもよいですし、特定の参加者が答えるようにトレーナーが指定してもよいでしょう。
4. 温かで（適切な）ユーモアのある雰囲気を作るよう心がけてください。MCTの課題は、興味深く、相互交流的で、遊び心が持てるように作られています。他の参加者への批判的な発言はしないよう注意してください。

次に、対象となる認知の領域、基本的な課題、各モジュールの理論的根拠について概説します。その後、モジュールの目的と、実施上の全般的／具体的アドバイスを挙げます。

モジュール 1： 帰属－誰かのせいと自分のおかげ

対象となる認知領域

失敗への外的／内的帰属；唯一原因論的推論（原因を1つしか考えない推論）

基本的な課題

最初の部分では、参加者に外的帰属スタイルとその社会的な結果（例えば、他者の失敗を責めることは対人関係の緊張のきっかけとなること）について学習してもらいます。

それぞれのシナリオについて、より客観的でバランスのとれた説明（例えば、「成功したのは自分だけのおかげ」と言う代わりに、成功を他者と分かち合うこと）に気づくよう参加者を導きます。

次に、簡単に記述された出来事の原因を考えるよう指示します。例えば、「なぜ、友人があなたの仕事を手伝うことを拒否したのか」（否定的な出来事）、「なぜ、友人があなたを夕食に招待したのか」（肯定的な出来事）です。その際、状況的要因と個人的要因の両方を考慮しなければなりません。ただし、問題には正解がないことに注意してください。たとえ1つの説明が妥当に思われても、常にいくつかの異なる説明がありえます。例えば、「友人があなたの後ろであなたのことを話している」に対する説明として「その人は本当の友人ではない」というものもあります。しかし、「その友人は他の人に私の具合を尋ねているんだ。私が混乱したり、心配したりするかもしれないから、私に直接尋ねなかったんだ」とか、「これはよくあることだ。私たちは全員、噂話をしたくなることもある。だからといって、私たち全員が悪い人間だというわけではない」という説明もありえます。

次の（第2の）課題では、幻声についてディスカッションします。参加者は、「内からの声（幻声）」が実際には自己生成されたものであり、外部から挿入されるものではない理由について検討します。

素材

第2の課題の素材は「内的／状況的帰属質問紙(Personal, Situational Attribution Questionnaire: IPSAQ, Kinderman & Bentall, 1997)」に似ています。最後のスライドに画像

を提供してくれた写真家や画家への謝辞を掲載してあります。

理論的背景

BentallとKindermanらのグループ(Bentall et al., 1991, 1994, 2001; Kinderman et al., 1992; Kinderman & Bentall, 1996, 1997)は、妄想を持つ患者さんは失敗を他者のせいにするを見出しています (Janssen et al., 2006; for reviews, see Murphy et al., 2018 or Trotta et al., 2020なども参照)。逆にこうした患者さんは、成功を自分に帰属する傾向があるといわれていますが、研究によって結果は異なっています(Martin & Penn, 2002; Garety & Freeman, 2013のレビュー参照)。こうした傾向は「自己奉仕バイアス（失敗は外的に、成功は内的に帰属するバイアス）」とよばれており、統合失調症の患者さんによく見られるといわれています(Müller et al., 2020)。また、ある程度は健常者にも見られます（「下手な職人は道具のせいにする」ということわざもあります）。

しかし、失敗を他者に帰属する傾向は被害妄想に顕著だと考えられている一方で、帰属の偏りは責任の自己関連づけへシフトすることがあります。私たちはこのパターンの変化形の1つを見出しました。急激に妄想的思考に陥る患者さんは、コントロール群と比較して、ポジティブな出来事とネガティブな出来事の両方で、原因を自分自身へ帰属する傾向が低かったのです。このことは、患者さんが「統制の欠如loss of control」に苦しんでいることを示唆しています(Moritz et al., 2007)。また、統合失調症の患者さんは、唯一原因論的推論（原因を1つしか考えない推論）の傾向が高いというエビデンスも増えつつあります(Moritz et al., 2018; Nowak et al., 2018; Randjbar et al., 2011)。

モジュールの目的

ありうる3種の原因、すなわち自分自身、他者、状況について（1つ、あるいはそれらの組み合わせを）検討しながら、さまざまな状況を説明するよう参加者に求めます。

このモジュールの目標は、確定的な、あるいは断定的な解答を導くことではありません。むしろ、機能不全的な（不適応的な）帰属パターン（例えば、「常に自分のせい」にしたり、「常に他の人のせい」にしたりすること）を変容させることが大切です。

抑うつ的帰属スタイル（失敗→自分のせい；成功→自分のせいではない／偶然の一致；自尊

心が低下する)と、自己奉仕バイアス(失敗→他者のせい;成功→自分のせい;他者をスケープゴートとして現実や社会的葛藤を回避すれば、かえって争いや対立が生じるかもしれません)の長所と短所が検討されます。このモジュールの焦点は、1つの出来事やシナリオの原因は複数存在することを指摘することです。このことは、一見すると原因が1つしかないように思われる状況でもあてはまります。

全般的なアドバイス

スライドの5枚目では、出来事についてのさまざまな説明を参加者に求めてください。その後、提案された説明を、3つのありうる原因、つまり自分自身、他者、状況に基づいて分類します。この分類はスライド9のシナリオでも用いてください。スライド12ではバランスのとれた反応が期待され、「3つのありうる原因」を取り入れることができれば理想的です。このシナリオの最後のスライドは、決定的な解答としてではなく、1つの例として提示します。参加者の意見はそれから逸脱するかもしれません。スライド14~23で、参加者は異なる帰属スタイルがもたらす結果を発見できるでしょう。

モジュール後半用に、トレーナーが例を自作しても、参加者に例を考えてもらってもよいでしょう。ただし、あまりに個人的な例は扱わないよう注意してください。多くの課題があるので、1つの課題に時間をかけすぎて参加者を退屈させないようにしてください。選択肢を示すと、参加者は比較的容易に原因を選ぶことができます。ときには、「現に今、うつ病を患っている人や、迫害されていると感じている人は、この出来事をどのように受け止めるでしょうか?」と尋ねるなど、質問の仕方(回答のモード)を変えてみましょう。

幻声についてのセクションでは、トレーナーは率直な態度をとるべきです。参加者には幻声の原因帰属を検討するよう求めますが、合理的な説明を強制してはいけません。幻声の非合理性を深く洞察していくプロセスは緩やかなので、1回のセッションで学習することは不可能です。このセッションのねらいは、参加者に幻声への疑念と確たる反証をその場で抱かせることではなく、参加者にメタ認知的な意識を生じさせることにあります。

具体的なアドバイス（例）

表に記された「帰属」にはさまざまな原因が混在していることに注意してください。ブレインストーミングをした後で、各説明の可能性について検討してください。

シナリオ Cycle A	帰属		
	自分自身	他者	偶然の一致 / 環境
1. クレームと返金(スライド28)	私の主張には説得力がある。	この売り子はずるいことをしない。	こういう露店ではよくあること。 私は昨日これを買ったばかりで、消費者としての権利を行使しただけ。
2. 周囲の人の沈黙(スライド29)	私の服が場違いだった（想像できないが、ありうる）。	彼らは話すことができなくなっただけ。彼らは詮索好きで、誰が部屋に入ってきたか知りたがった。	発表の間の小休止だった。 ドアがきしんで、全員がイライラしていたので間をおいた。
3. 「あまり元気そうじゃない」と言われる(スライド30)	私は実際に気分が悪い。病気に罹っている。	この人は他の多くの人にそう言っている、口癖だ。この人は私を侮辱したい。 この人は不安なんだ。	職場のみんなは十分休暇を取った。比較すると、私は彼らほど疲労が回復していないのだろう。
4. 試験に落ちる(スライド31)	十分勉強しなかった。試験が私の能力に合っていなかった。	廊下がうるさかったために気が散った（ありうるが、単一の原因としては疑わしい）。試験官が厳しすぎた。	みんなこの試験に落ちた。とても難しかったのだ。
5. 夕食への招待(スライド40)	彼の依頼を聞いてあげた（例：彼の仕事を手伝った）。	彼はとても寛大だ。 彼には私に謝りたいことがある。	彼は宝くじが当たった（ありそうもないが）。 私の誕生日だった。

6. 警官に車を止められる (スライド41)	スピードを出しすぎた。	警官は不機嫌だった。 ただ威張り散らそうとただけ (ありそうもないが)。	よくある検問。
7. ギャンブルに勝つ (スライド42)	私はすごい勝負師だ。イカサマをした。	他のプレイヤーがこのゲームをよく知らなかった。彼らが私をわざと勝たせた。	運がすばらしく良かった。
8. 車の引っかけ傷 (スライド43)	まだキーレスエントリーに慣れていないので、鍵を開けようとしたときに滑ってしまった。	近所の子どものいたずら。 隣人に嫌われているので嫌がらせを受けた。	この駐車場は狭いので、互いに悪意はなくても、こういうことは起こりがち。
9. 医者から高血圧だと言われる (スライド44)	医者の助言に従わず薬を正しく飲まなかった。	医者は新米で血圧の測り方を間違えた (ありそうもないが)。	高血圧は遺伝である。測定器具が壊れていた (ありそうもないが)。緊張していたから (例えば、“白衣高血圧”)。
10. 友人からの援助の拒否 (スライド45)	以前に頼まれたとき、私も彼女を助けなかった。	こういうときには彼女はたいてい人を助けない。彼女は私だけでできると考えている。	彼女はそのときとても忙しかった。
11. 友人からのプレゼント (スライド46)	彼女を助けたから。	彼女は気前がよい。	私の誕生日だった。私が試験に合格したから。
12. 友人に頭が悪いと言われる (スライド47)	大変なミスをした。	その友人は私に腹を立てているので、私を傷つけたい。	その友人と私との間に大きな誤解がある。文字通りの意味ではない (冗談の可能性もある)。

<p>13. 赤ちゃんに泣かれる (スライド48)</p>	<p>赤ちゃんの扱いに慣れていないので、抱き方が変わった。</p>	<p>その赤ちゃんは時間どおりにミルクをもらえなかった。</p>	<p>赤ちゃんはときどき、理由もなく泣くものだ。 抱っこしていたら赤ちゃんが蜂に刺された (ありそうもないが)</p>
<p>14. 友人に尊敬できないと言われる (スライド49)</p>	<p>私は彼をだましてしまった。</p>	<p>彼はとても道徳を重んじる人なので、彼からみると私は不道徳なのだ。</p>	<p>これは誤解に基づくもので、彼は私についての誤った噂話を聞いたのだろう。</p>

シナリオ Cycle B	帰属		
	自分自身	他者	偶然の一致 / 環境
1. 背後の噂話 (スライド28)	私には彼女に嫌われる何かがある。	彼女は他の人の陰口をよく言っている。他人のくだらない噂話をするのは人間の性(さが)。必ずしも敵対行為というわけではない。	もうすぐ私の誕生日なので、みんなでサプライズパーティーでも企画してくれているのだろう。
2. 就職面接によばれる (スライド29)	応募書類の書き方が完璧だったから。私の能力が高いから。	会社の同僚が私を推薦してくれたのだろう。	応募した全員がよばれた。
3. 突然の訪問に友人が驚く (スライド30)	最近、彼女の親切に甘えすぎていた。	彼女は予告なく訪問されるのを好まない。	昨夜、彼女は部屋でパーティをしていたので、部屋のなかが散らかっていた。すでに別の訪問者がいた。
4. 話している最中に笑われる (スライド31)	とんでもない言い間違いをしていたから。面白い冗談を言ったから。	私と同時に他の誰かが面白い冗談を言った。彼らは愚かなので、何もなくても笑っている。みんなは酒を飲みすぎている。	大晦日や新年のお祭り騒ぎで、みんなパーティ気分だった。
5. 友人が家まで送ってくれる (スライド40)	私が彼を以前に何度も送ってあげたことがある。	彼は面倒見のいい人だ。私に好意を持っている。	彼は近所に住んでいて、私の家は帰り道にある。
6. 友人にすっぱかさされる (スライド41)	彼に間違っただけを教えた(ありうるが、可能性は低い)。	彼は忘れっぽい。私との約束が重要だとは考えていない(ありそうもない)。	車の故障やバスに乗りそこなったから。

7. 友人が手紙をくれない(スライド42)	私も彼に一度も手紙を送ってない。	彼は大抵どんな手紙も送らない、筆不精だ。 彼は仕事で忙しく、手紙を書く時間もない。	手紙を書けるような休日が少なすぎる。 彼からの手紙が他の郵便物に紛れ込んでしまった(ありえそうもない)。
8. 車で後ろをつけられる(スライド43)	私の運転がひどいので、覆面パトカーが止めようとしていた(ありうるが、疑わしい)。	私に興味をもった人が、私の住居を知りたがっている(ありえそうもない)。	まったくの偶然の一致で、同じ方向に行こうとしているだけ。 ここにはこの道しかない(例: 高速道路)。
9. 目の前でバスが発車した(スライド44)	間に合うように早く走ればよかった。	バスの運転手の機嫌が悪かった。	バスの運転手は私を見ていなかった。
10. 飲み会の誘い(スライド45)	私が彼の引っ越しを手伝ったから。	彼は私のことをもっと知りたがっている。 彼はワイン好きで、コレクションを見せたがっている(ありうるが、疑わしい)	彼は引っ越してきたばかりで、引っ越し祝いのパーティをしたい。
11. 男が私の家の前で新聞を読んでいる(スライド46)	私はその新聞に部屋を売る旨の広告を出した(その男性は、室内見学が始まるまで時間を潰しているだけ)。	男性は向かいに住んでいる人で、部屋の鍵をなくして鍵屋を待っている。 彼の恋人が私の家を訪問するのを嫉妬して、見張っている(ありそうもない)。	私の隣の家は新聞を売る商店なので。
12. 友人に卑怯だと思われる(スライド47)	ゲームでズルをした。私が彼の悪口を言ったから。	彼はとても敏感で、すぐに侮辱を受けたと感じてしまう。	これは誤解だ。

<p>13. 友人に頭が良いと思われている (スライド48)</p>	<p>私は実際に頭が良い。私は、頭が良いように思われることを何か言った。</p>	<p>彼はいつも私にとって簡単な質問しかしない。 彼は私が好きなので、私の自尊心を高めたがっている。</p>	<p>前の晩、テレビでクイズ番組を観て、彼の難しい質問の答えを知っていた。</p>
------------------------------------	--	--	---

モジュール2：結論への飛躍 I

対象となる認知領域

結論への飛躍バイアス；反証への抵抗バイアス

基本的な課題

このモジュールの最初のセクションでは、結論へ飛躍してしまうとどのような結果が生じるかが例示されます。「結論への飛躍の『実例』—都市伝説」のセクションでは、誤りの例（例えば、Cycle Aでは「ポール・マッカートニー死亡説」）を検討します。こうした言説に対する賛否両論の意見交換を行い、それぞれの可能性を考えます。この種の都市伝説は「結論への飛躍」のために生じており、怪しい証拠に基づいていることが明らかにされます。これは妄想的観念のモデルとして適切だと考えられます。

最初の（第1の）課題では、よく見かけるもの（例：カエル：Cycle Bの問題2）の断片が徐々に提示されます。新しい情報が6段階で加えられていき、最後のスライドで全体像が現れます。参加者には、自分の解釈や、選択肢として示される解釈の可能性を検討するよう求めます。また、「十分だと思われる根拠が示されるまで決定してはいけません」と教示します。例えば、「カエル」の問題では、カエルの輪郭が現れるまで絵はレモンにかなり似ています。決定が早過ぎると間違ってしまうでしょう。

第2の課題では「だまし絵」が提示されます。これらの絵は、見方によって複数の異なる物体や場面になります（Cycle Bの最初の絵（スライド88）は、高齢の男性と夜の通りの風景が同じ画面に描かれています）。参加者にその絵の第一印象を尋ねた後で、別の見方は無いか尋ねます。

素材

第1の課題は、おとぎ話の絵本から抜き出した白黒の描画です。画像の提供者には最後のスライドで謝意を表しています。

理論的背景

私たちは統合失調症を対象として、第1の課題から刺激を援用して研究しました (Moritz & Woodward, 2006b)。先行研究(Woodward, Moritz, & Chen, 2006; Woodward, Moritz, Cuttler, & Whitman, 2006)と同じく、統合失調症の患者さんは誤った解釈への評定を修正することがなかなかできませんでした。この反応パターンは「反証への抵抗バイアスBias Against Disconfirmatory Evidence (BADE)」と名づけられ(Woodward et al., 2006)、別の研究でも確認されています(レビューとしてBalzan, 2016; Eisenacher & Zink, 2017; McLean et al., 2017)。健常群やコントロール群と比較すると、自分の解釈への「反証」が現れても、統合失調症の患者さんは最初の解釈に固執する傾向がありました。また、多くの研究によって、統合失調症の患者さんがデータを収集する際には、結論へと飛躍するバイアスが働いてしまうことが見出されています(Balzan, 2016; Dudley et al., 2016; Garety & Freeman, 2013; McLean et al., 2017; So et al., 2016; Ward & Garety, 2019)。つまり、不完全な証拠に基づいて性急に決定してしまう、ということになります。この現象の別の説明として、「リベラル・アクセプタンス」理論があります (Moritz, Pfuhl, et al, 2017を参照)。

モジュールの目的

最初の強いイメージ（第一印象）を修正するよう参加者を導きます。第一印象は、最終的には間違いであったり（第1の課題）、部分的な真実を表しているに過ぎなかったりします（第2の課題）。物事や状況は時間とともに変化する可能性があり、証拠が増えると物事に異なる光が当たります。それゆえ、別の見方や態度を早々に取り下げてはいけません。私たちの研究(Moritz & Woodward, 2006b)の第1の課題では、統合失調症の患者さんの結論へ飛躍するバイアスを明らかにできませんでした。しかし、本モジュールの課題は、このバイアスの不利益を明らかにするには適しています。

全般的なアドバイス

性急な反応スタイルとゆっくりした反応スタイルの長所と短所を、セッションの最初から指摘します。判断で生じる利害が大きく、十分な時間があるならば、最終的な意思決定をする

前に、すべての利用可能な証拠を検討しなければなりません。「結論への飛躍」バイアスが、ネガティブな結果を招くことがあるという例が示されます（例：医療における誤診）。また、参加者に自分の経験を話す機会を与えてください（例えば、発症直後の出来事）。例えば、疑わしい場合は手を半分上げて、自信がある場合は手を挙げて、回答の確信度を示すよう患者さんに依頼します（確信の程度を示してもらうことは、数字を使うよりも「自信過剰さ」がはっきり表れます）。

第1の課題では、参加者は独自の解釈や思いつきを抱きます。全体の意見を把握するために、それらをメモ帳やホワイトボードに書き出してもらおうとよいでしょう。それぞれの解釈の妥当性を、新しい情報が追加されるごとに再評価します。新たな考えを思いついたり、すでに解釈が決定していたりする場合は、必ず参加者に挙手してもらってください。絵のどのような特徴が解釈と合致するかを話し合ってください。

第2の課題の「だまし絵」では、すべての参加者が複数の対象物（描かれているもの）を見つけていることを確かめてください。もし、ある患者さんが複数の対象物をうまくみつけられない場合は、別の参加者が手がかりを与えて助けてあげてください（例えば、Cycle Bの第2の課題群の最初の絵[スライド89、90]は、路上に寝転んでいる犬にも高齢者の手にも見えます）。

具体的なアドバイス（例）

例：カエル、Cycle Bの第2の課題（スライド35～42）

この課題には、多くの参加者が早々に「レモン」と反応します。トレーナーはさらに5つの情報が加わることを強調して伝えてもよいでしょう。レモンという反応はその後すぐになくなり、レモンは妥当性の低い選択肢になります。

第1と第2の課題の順番は入れ替えてもかまいません。順番を厳密に守る必要はありません。

モジュール3：思い込みを変える

対象となる認知領域

反証への抵抗バイアス；結論への飛躍バイアス

基本的な課題

手短な紹介に続いて、「確証バイアス」が簡単な課題によって示されます。3つの刺激図版（Cycle Aでは3輪の花、Bでは3種の果物）が提示されます。参加者には、より上位のカテゴリを考えるよう求め（上位カテゴリの例：生物、食べ物）、そのカテゴリに入ると考えられる事物を新たに加えるよう指示します。加えられた新しい事物が上位カテゴリに合っているかどうかは、トレーナーが「はい、いいえ」でフィードバックします。最初に提示される刺激図版を見て、上位カテゴリは「花（果物）ではないか」と多くの参加者が考えます。それゆえ、ほとんどの参加者は、他の仮説を検討したり、自らの仮説を批判的に検証したりせず、最初に考えたカテゴリに合う事物を加えてしまいます。この課題は確証バイアスを明らかにします。確証バイアスが働くと、自分の意見や態度に合わない情報（例：新聞、TV番組、出版物からの情報）を無視してしまいます。参加者のなかにはすでに問題と正解を知っている人がいるかもしれませんが、それ以外の参加者の意見を検討する時間を十分取ってください。

核となる課題は、物語の時系列とは逆の順序で提示される3枚の絵から構成されます。徐々にストーリーが明らかになります（Cycle Bの例：男性がフェンスに寄りかかっている、吠える犬を見ている。順に加えられる2枚の絵によって、男性がフェンスを越えて犬から逃げたことが明らかになります）。

参加者は、各段階で、解釈として提示される4つの選択肢の妥当性を評価するよう求められます。最後に正しい解釈が明らかにされます。選択肢の1つは、最初の絵を見ただけでは正解ではないと思われませんが、多くの場合で、最終的にはそれが正解なのです（上記の例では、「男性が吠えかかる犬からちょうど逃げたところです」という選択肢が正解）。逆に、選択肢のうちの2つは、最初の絵を見たときは正解かもしれないと思われませんが、結局は間違いであることがわかります（ひっかけの例：「男性が隣の家犬と遊んでいる」、「男性

が犬のためにフェンスを作ったところ」という選択肢)。すべての問題に、可能性の低い選択肢が少なくとも1つは含まれています。

問題は3種類に分けられます。それらが現れる順序はランダムになっています。3種類とは、revealed-on-first（最初の絵が提示されたときに一番可能性が高いと思われる選択肢が正解である場合）、revealed-on-second（2枚目の絵が提示されたときに話のプロットが明らかになる場合）、revealed-on-third（最後の絵が提示されたときにはじめて話のプロットが明らかになる場合）です。

素材

ストーリーのほとんどはWAISの下位検査「絵画配列」からアイデアを援用しています。

理論的背景

私たちはこの課題を用いて、統合失調症の患者さんの「反証への抵抗バイアス」を見出しました(Sanford et al., 2014; Veckenstedt et al., 2011; Woodward et al., 2006; レビューとしてBalzan, 2016; Eisenacher & Zink, 2017; McLean et al., 2017)。統合失調症の患者さんはrevealed-on-second条件や revealed-on-third条件において、判断を修正できません。この傾向は、特に妄想を持つ患者さんのrevealed-on-third 条件で顕著でした(Woodward et al., 2006; メタ分析は McLean et al., 2017参照)。しかし別の研究は、反証への抵抗バイアスが妄想を持たない患者さんにも存在すると指摘しています(Moritz & Woodward, 2006b)。

モジュールの目的

モジュール2（結論への飛躍!）と同様に、統合失調症では第一印象に固執する傾向があり、それによって判断を誤る可能性があること、それを防ぐには偏見をもたないように努力すべきであることを参加者に説明します。

具体的なアドバイス

いくつかの選択肢が提示されますが、そのどれもが正しい可能性があります。参加者には、各段階でのストーリーの解釈と、特定の選択肢をすでに除外しているかどうかを尋ねます。

意見に対する賛否を挙手で表すように他の参加者に求めてもよいでしょう（あいまいな手の挙げ方は、その意見に対して疑いを抱いていることを意味します）。

新しい絵が加わるごとに、新しい手がかりをみつけ、選択肢の可能性を再評価します。参加者が間違っただけの選択肢を性急に選んでしまったとしても、当初は「もっともらしい」選択肢の証拠が変わっていくことに気づくようになります。性急に意思決定してしまうと、誤解や社会的な葛藤の原因となり、対人関係の問題や妄想を生み出してしまうことを強調してください。

正しい解釈を見つけるための手がかり

課題 Cycle A	答えが明らかになるとき	正しい解釈への手がかり（例）：
1（火事）	2枚目 あるいは3枚目	少年は大人に褒められている。 よく見ると、隣家の屋根に穴が開いていることがわかる。
2（駐車場）	3枚目	隣の車が適切な駐車位置になかったため、男性がうまく駐車できなかったことは、3枚目の絵ではじめて明らかになる。 しかし、他の人の駐車の方法が悪いからといって、その人が駐車ラインを無視する権利はないとも言える。
3（ピザ）	1枚目	男性は受話器を持っている。生地は頭の上には落ちてきており、わざとかぶっているようにはみえない（これが選択肢3を除外する理由となる）。 前方のトマトと塩から選択肢4（ケーキ）ではない。
4（演説）	3枚目	選択肢4は、政治家に対するありがちな偏見を刺激するので、性急で誤った決定を容易に導いてしまう。
5（逃亡）	3枚目	男性が着ている婦人服と不可解な行動のために、彼が女性のボディガードであるとは考え難い。「救助しようとしている」という解釈も合理的ではない。 男性の衣服が濡れているという手がかりは無い（選択肢4の可能性は無い）。

6 (釣り)	2枚目 あるいは3枚目	少年が庭仕事をしていたのは3枚目になってはじめて完全にわかるが、2枚目でもこの解釈の可能性はかなり高い。
7 (引く/押す)	3枚目	正解に至るためにはすべての絵を見なければならぬ。左の男性は別の男性が部屋に入っていくのを見て驚いているが、それは彼がドアを押すのと引くのを間違えていたからである。
8 (カウボーイ)	1枚目	前方にいる男性は縛られて逃げ出そうとしている。 他の選択肢はありえない。
9 (ボート)	1枚目 あるいは2枚目	猫がボートに置き去りにされている。犬が泥棒を捕まえているようには見えず、人よりもボートについていっている。
10 (衝突)	3枚目	最初の絵の背景にテーブルが見えるが、選択肢3への決定はまだできない。2枚目でも、もう一方の男性が(おそらく酔って)寝ているときにテーブルを持ってきたという可能性は残されている。
11 (マネキン)	3枚目	特に手がかり無し。

課題 Cycle B	答えが明らかになるとき	正しい解釈への手がかり(例) :
1 (サメ)	2枚目	2枚目で逃げていく人々が見えるが、砂浜の足跡は最初の絵からすでに存在している。
2 (合唱団)	3枚目 2枚目でもわかるかもしれない	2枚目で1列目の男性が頬を赤くしているのがわかる(恥ずかしさやきまり悪さのせいかも)が、この段階では決定できない。 1枚目で指揮者が合唱団の歌をチェックしていることは推測可能である。
3 (犬)	2枚目	フェンスは2匹の犬の周りではなく男性と犬を分けている(そのため、選択肢1はありえない)。
4 (洗濯)	1枚目	看板がコインランドリーを暗示している。 女性がカゴを運んでいる。

5 (拳銃)	1枚目	銃が右側の男性に向けられている。右側の男性が手を挙げている。 男性たちは「泥警」をするには歳をとりすぎている。もし、左側の男性が拳銃をしまいか、その拳銃がチョコレートでできていたら、もう一方の男性はお金を渡さないし、それほどまで驚いたように見えないだろう(選択肢2と3はありえない)。
6 (傘)	2枚目	少女は汗ではなく水でびしょ濡れになっている。父親は叱っているというよりも面白がっているようにみえる。 選択肢2は最後まで可能性がある。
7 (王様)	3枚目	決定するためには3枚全部を見なければならぬ。
8 (喧嘩)	2枚目	2枚目で右側の少年がおもちゃの車を指さしている。少年たちは怒っているようにみえる。
9 (セレナーデ)	1枚目 あるいは2枚目	若者はとても怒っているようにみえる。夜遅い(月が出ている)ので、バンドの練習には遅すぎるだろう(選択肢2の可能性は低い)。クラシックギターはロックバンドよりセレナーデで一般に用いられるだろう。
10 (家)	よく見たら1枚目でもわかるかもしれない。あるいは2枚目	男性がカゴを手に持っている。男性は何かを観察しているようにはみえない(選択肢1の可能性は低い) 家にひび割れがあるようにはみえず、家の表面もきれいにみえる(選択肢3の可能性は低い)。

モジュール4：共感すること…I

対象となる認知領域

心の理論；情動知覚

基本的な課題

はじめに、基本的な人間の情動を確認し、それらと顔の表情をマッチングするよう参加者に求めます。表情は他者の内的な動機を推定する手がかりにはなりませんが、確実な証拠にはなりません。それを明らかに示すために、運動選手、精神科医（心理学者）、俳優、凶悪犯罪者の顔写真が提示されます。この問題はほとんどの人が間違えます。その後、文化的背景と世代によって、表情とゼスチャーの解釈が異なるという例が示されます（「郷に入っては郷に従え」）。

第2の課題では、異なる表情の顔写真が提示されます。参加者は写真の人物がどのように感じているかを判断し、4つの選択肢の妥当性を検討するよう求められます。写真の全体像が提示されると正解がわかります。

第3の課題はモジュール3の課題に似ています（なお、この課題と第4の課題は、多くの患者さんにとって簡単すぎるため、すべてのグループには推奨しません。重度の神経認知障害を持つ患者さんへの適用を検討してください）。1つのストーリーを表す3枚の絵が、ストーリーとは逆順で提示されます。各々の絵が示された後に、スライドの下部に書かれた3つの選択肢のうちのどれが最も論理的整合性を持つかを話し合います。例えば、Cycle Bの問題の1つに、財布から小銭を取り出している女性の絵があります。この時点で、3つの選択肢のうち2つ（パーキングメーターへの支払いとストリートミュージシャンへの寄付）は両方ともありえますが、女性の微笑みは後者の方が妥当だという手がかりになります。続くスライドで状況がさらにはっきりしてきて、女性がストリートミュージシャンの演奏を聴いていることがわかります。ストーリーを正しく理解できる時点（何枚目の絵か）は問題によって異なります。例えば、3枚目の絵が提示されてはじめて理解できる問題もあります。

第4の課題では、4枚の絵が連続的に提示され、それにつれてストーリーがはっきりしてきます。参加者は3つの選択肢から、登場人物の意図を判断するよう求められます。

素材

第3の課題の刺激図版はSarfatiと同僚（1997）からの引用です。最後の図版はゴーフム（ドイツの都市）のMartin Brüneに提供してもらいました(Brüne, 2003)。その他の画像を提供してくれた写真家や画家にも最後のスライドで謝辞を述べています。

理論的背景

「心の理論」の障害は、統合失調症でしばしば報告されています(メタ分析は次を参照、Bonfils et al., 2017; Bora et al., 2009; Bora & Pantelis, 2013; Sprong et al., 2007)。統合失調症の患者さんは他者の行動の予測が難しく、それが妄想的観念の原因になることがあります(Mehl et al., 2010; Versmissen et al, 2008)。顔の表情を認知する障害も統合失調症でしばしば報告されています (Phillips & David, 1995; レビューは Barkl et al., 2014 and Healey et al., 2016を参照)。Sarfatiら(1997)は、統合失調症で、特に思考形式の障害が存在する場合は、状況理解に問題があることを見出しています(メタ分析はde Sousa et al., 2019を参照)。おそらく、文脈と無関係な刺激から干渉を受けてしまうために問題が生じるのだと考えられています。

モジュールの目的

顔の表情は他者の心の状態や感情を理解するために重要ですが、それらは容易に誤解されてしまうということが、このモジュールの最初のセクションで示されます。例えば、単なる顔写真では、その人が俳優なのか凶悪な犯罪者なのかは決められません。表情を適切に判断するためには、他の情報についても検討することが大切です（例えば、文脈や個人的な背景）。参加者は、「特殊な一部」よりも「多様な文脈的情報」を考慮する重要性に気づくようになります。

全般的なアドバイス

最も妥当な解釈を引き出すためには文脈を考慮しなければなりません。偏見を持たないこと、第一印象は間違いやすいこと、証拠不十分の場合に強く確信しないこと、が強調されます（モジュール2や3と同様に、意見に対する参加者の疑いは挙手の仕方に現れます）。日常生活との関連を強調するために、身近な例を挙げて説明してください。

具体的なアドバイス

課題はどのような順序で提示してもかまいません。参加者の能力に応じて課題1と課題2を入れ替えて実施してもかまいません。

正しい解釈を見つけるための手がかり

課題1と課題2にはとくに手がかりはありません。核となる学習目標は、「顔の表情は誤解しやすいので、結論をくだす前にさらに情報を集めるべきだ」という点です。モジュールの最初のセクションにある「情動／感情」というスライドで、ゼスチャーよりも文脈が重要だということが明らかになります（例：幸せ=花嫁のベールや結婚式、怒り=男性の握りこぶし）。課題3と課題4は、参加者によっては簡単すぎるかもしれません。その場合は実施しなくてもかまいません。

課題3 Cycle A	答えが明らかになるとき	正しい解釈への手がかり（例）：
1（絵を壁に掛けている男性）	2枚目（1枚目でも推測は可能）	1枚目で、男性が絵を仕上げるためにイーゼルに置こうとしているように見えるが、絵は1枚目ですでに完成している（したがって、選択肢aはありえない）。 選択肢bは最初からありえない。2枚目で、男性は壁に釘を刺そうとしており、何かを掛けようとしていることを示している。
2（赤ちゃんと女性）	2枚目	1枚目では、女性がベビーベッドに向かって歩いているだけで、彼女の意図は不明である。選択肢のすべてに可能性がある。 しかし、心配そうに見えるので、選択肢bはこの時点で可能性は低い。 2枚目で、女性が火を消そうとしているので、選択肢bとcの可能性は無い。
3（ゴミ箱を持った男性）	2枚目 あるいは 3枚目	選択肢aは初めから可能性が低い。 2枚目で、男性が腕時計を取ろうとしているので、選択肢aとbの可能性は低くなるが、この時点では選択肢bは除外できない。
4（マッチを持った女性）	2枚目	最初はすべての選択肢に可能性がある。 2枚目で、女性が料理をしているのが明らかになり、選択肢bとcの可能性が無くなる。
5（女性と時計）	2枚目	時計は温度計にはなりえないので、 選択肢aは最初から除外される。選択肢bは1枚目では可能性がある。しかし、よく見ると気がかりな表情がわかる。 2枚目で、女性が料理をしていることがわかるので、選択肢aとcの可能性は無い。
6（ネックレスを身につけている女性）	（よく見れば）1枚目でも推測は可能 あるいは2枚目	1枚目の「値札」で、女性がネックレスを買おうとしているところだとわかる。 2枚目で、女性が選択肢bの女性店員と話しているので、選択肢aとcの可能性は低い。 最後まで選択肢cは完全には除外できないが、bが一番ありうる。

7 (傘を持った少年)	2枚目 あるいは3枚目	3枚すべてを見るまでは決定できない。選択肢cは最初から可能性は無さそうである。1枚目では、少年が傘をどうしたいのかわからない。 2枚目で、少年の背が低いため、ひとりでドアを開けられないことがわかる。選択肢bもありうるが、結局aに落ち着く。
8 (濡れたブーツを持つ男性)	1枚目	濡れた靴を電子レンジに入れることはありえないので、選択肢aは最初から除外される。男性が濡れておらず、寝る準備をしているので、選択肢cもありえない
9 (籠を持った女性)	2枚目	最初はすべての選択肢に可能性はあるが、aが最も正解らしく思われる。 2枚目で、女性が暖炉の隣に立っていて薪がないことがわかる（選択肢bとcの可能性が無くなる）。
10 (男性と木)	2枚目	最初はすべての選択肢に可能性がある。2枚目で、男性が木を植えているので、選択肢bを選択できる。

課題3 Cycle B	答えが明らかになるとき	正しい解釈への手がかり (例) :
1 (男性と釣り糸)	2枚目 あるいは1枚目で推測できるかもしれない	1枚目で花を摘んでいるようにも見えるが、穴を掘っているようにも見える（選択肢cの可能性は低い）。選択肢aは最初から除外される。 2枚目で、男性が釣りをしようとしているのが明らかになり、選択肢aが除外される。
2 (小銭入れを持った女性)	2枚目 あるいは1枚目で推測できるかもしれない	1枚目では、選択肢aとcの可能性があり、bは除外されるかもしれない。 よく見ると、女性が楽しそうな顔をしており、aは1枚目で除外されるかもしれない。 2枚目で、女性が演奏を楽しんだことと、ヴァイオリニストにお金を渡そうとしていることがわかる。
3 (ロープを持った男性)	2枚目	2枚目で、男性が谷を渡ろうとしているのがわかり、選択肢bもcも除外される。

4 (財布を持った男性)	2枚目	最初は、3つの選択肢はすべて可能性がある。2枚目で、男性が空腹であることがわかり、選択肢aは除外されるが、よく見ると、男性は1つのケーキだけを見ていることがわかる（選択肢bが最も可能性が高い）。 選択肢cは完全には除外できないが、フランスパンは絵に描かれていない。
5 (ビンを持った男性)	1枚目	選択肢aは、はじめから可能性が高い。選択肢bは、はじめから可能性が無く、cは男性がおかしくなっていることを暗示するが、可能性としては低い。 1枚目は、男性がビンの中にメモを入れていることを示している。破れた服などから、男性は島に取り残されているように見え、bとcの可能性は無くなる。
6 (梯子を抱えた男性)	3枚目	選択肢bの可能性ははじめから少ない。 1枚目と2枚目からはほとんど情報が得られないので、正解するには3枚すべてを見る必要がある。
7 (割れたグラスを持つ男性)	3枚目 あるいは2枚目で推測できるかもしれない	決定するためには3枚すべてを見なければならぬが、最初から選択肢bの可能性が最も高い。1枚目では、男性が考えていることはよくわからない。 2枚目を注意深く見ると、男性はのどが渇いていることに気づくかもしれない。
8 (男性と冷蔵庫)	2枚目 よく見れば1枚目で推測できるかもしれない	選択肢cは最初から除外される。 1枚目では、aとbの可能性は同じくらい。 2枚目で、男性が大きな音に悩まされているのがはっきりし、選択肢aの可能性が最も高くなる。
9 (手の汚れた男性)	1枚目	はじめから男性が手を洗いたいのは明らかなので、選択肢aとcは除外される。
10 (男性と木の枝)	2枚目 あるいは1枚目で推測できるかもしれない	2枚目で男性がキャンプをしているのがわかり、選択肢cの可能性が最も高い。選択肢aははじめから考えにくい。

課題4 Cycle A	答えが明らかになるとき	正しい解釈への手がかり（例）
1（3人の少年）	4枚目あるいは2枚目で推測できるかもしれない	1枚目では3つともすべてありうる。 2枚目で、選択肢Cはありえない。 2人の少年が第三の少年に声をかけている3枚目で、選択肢Aの可能性が出てくるが、地面の穴の存在によって選択肢Bの可能性がより高くなる。
2（2人の囚人）	2枚目あるいは1枚目で推測できるかもしれない	1枚目で、すでに男性の1人が壁をよじ登ろうとしていることがわかる。 2枚目で両方の男性ともに壁をよじ登ろうとしているので、選択肢AとBの可能性は無くなる。
3（少年と箱）	2枚目	2枚目で、少年が品物を包装していないことと、（誕生日プレゼントだとしたら）喜んでいないことが明らかになり、選択肢AとBの可能性は無くなる。

課題4 Cycle B	答えが明らかになるとき	正しい解釈への手がかり（例）
1（2人の少年と木）	3枚目あるいは2枚目で推測できるかもしれない	1枚目ではすべての選択肢に可能性がある。 2枚目で、選択肢Aの可能性が無くなる。 3枚目で、少年が友人に助けを求めているのが明らかになるので、選択肢Bが最適になる。
2（少年とミツバチ）	2枚目あるいは1枚目で推測できるかもしれない	3枚目で、少年がガールフレンドにいたずらをしかけていることが推測できる（選択肢C）。
3（2人の少年とお菓子屋）	3枚目あるいは2枚目で推測できるかもしれない	2枚目で、少年たちが何かを企んでいると推測されるが、3枚目になってはじめて、盗みをしようとしていることが明確になり、選択肢AとBの可能性が無くなる。

モジュール5：記憶

対象となる認知領域

誤った記憶への過度な確信

基本的な課題

ここでは、いわゆる「Deese-Roediger-McDermott (DRM)パラダイム」、あるいは「過誤記憶パラダイム」からの視覚刺激が用いられています(Miller & Gazzaniga, 1998; Roediger et al., 2001; Roediger & McDermott, 1995)。健常者でも50～80%はこの刺激によって虚偽記憶が誘導されるといわれています。Cycle Aでは、ある典型的な砂浜の情景の絵が示されず（例えば、子どもが遊んでいたり、大人が日光浴していたり、水辺があったり、という情景）。しかし、砂浜にあるものとして一般に予想する対象（例：ボール、タオル）が意図的に描かれていません。私たちは、こうした「その情景では一般にありうるけれども絵には描かれていない」ような対象を「描かれていた」として「思い出して」しまうのです。

最初の2枚の画像と簡単な説明で、参加者は過誤記憶について学びます。続く画像に関して、過誤記憶を避けるために注意深く見て、できるだけ鮮やかに思いだすよう参加者に教示します。画像提示（各画像の提示時間は15～30秒ですが、グループの能力によって変更は可能です）に続いて、再認課題を実施します。いくつかの課題では、過誤記憶の可能性が高まるタイミングで参加者にブレインストーミングを勧めます（全般的なアドバイスを参照）。

素材

いくつかの画像はNorman Rockwell (Miller & Gazzanigaにより1998年に編集)によって描かれたものです。©マークのついた画像は、ドイツのGeobra Brandstätter GmbH & Co. KGの許可のもとで使用しています。何枚かの画像はStefan MerzとFrank Burmeisterによって提供されました。画像を提供してくれた他の写真家や画家にも最後のスライドで謝辞を述べています。

理論的背景

統合失調症の患者さんは、かなりの割合で、誤った記憶に高い確信をもっています(Bhatt et al., 2010; Evans et al., 2019; Li et al., 2018; Moritz et al., 2015; Peters et al., 2013; for reviews, see Balzan, 2016; Grimes & Zakzanis, 2018; Shakeel & Docherty, 2015)。患者さんは誤った記憶の信憑性を強く確信している一方で(訂正可能性の欠如に関するメタ分析は McLean et al., 2017を参照)、健常群と比較して、正しい反応には確信が持てません(Eifler et al., 2015; レビューとしてHoven et al., 2019)。記憶の誤りと合わせて、こうした反応パターンは「知識の破損knowledge corruption」とよばれています。「知識の破損」とは、その人が事実だと考えていること(主観的知識)の大部分が間違っているか、精度が低いことを意味します(Moritz et al., 2008)。

記憶の正確さにとって、再生されたものの鮮明さが重要だとする研究結果があります。反対に、「いつものことfamiliarity」という感じや、弱くあいまいな記憶は、その正確さが低いと考えられています(Reisberg, 2001)。重要なことは、統合失調症の患者さんは健常者にくらべて、記憶を鮮明に再生できないことです(Cuervo-Lombard et al., 2007; Danion et al., 2005; レビューはDanion et al., 2007)。記憶についての患者さんの判断は、ほとんどが「いつものこと」という感じと直感に基づいているといわれており(Abhishek et al., 2020; Weiss et al., 2002)、そのために記憶の誤りの影響を受けやすいと考えられます。

プライミング効果や論理的な推論(例えば、「砂浜で日光浴する際にタオルを使うのは合理的だ」)、あるいは、現在は忘れてしまっている出来事と過去に実際に起こった出来事との混同、などによって、私たちの記憶がいかに間違いやすいかを明確に示す例が「過誤記憶効果」(Roediger et al., 2001; Roediger & McDermott, 1995)です。

モジュールの目的

DRM パラダイムを用いた実験では、患者群の記憶の正確さはコントロール群と同じでしたが (Huron & Danion, 2002; for reviews, see Grimes & Zakzanis, 2018 or Moritz & Woodward, 2006a)、誤った記憶への確信は不釣り合いに大きいことがわかりました (Moritz, Woodward, et al., 2006)。このモジュールの課題は (症状や病名にかかわらず) ほとんどの人に記憶の誤りを生み出すので、間違いなく事実だと思い込んでいる記憶でさえ誤っている可能性があることを示すにはとても役立ちます。記憶は心のなかで再構成されており、ビデオレコーダーのようなものではないということを参加者は理解します。このモジュールの目的の1つは、鮮明に思い出せない場合にはその記憶を疑うよう参加者に伝えることです。とくに言い争いが生じるような重要な状況では、自分だけの記憶に頼らず、さらなる証拠を求めることが必要だと伝えられます。

全般的なアドバイス

導入のスライドについては、相互交流的なディスカッションが必要です (例えば、Cycle A では「どうすればもっと記憶できるでしょう?」というタイトルのスライドで、なじんでいる記憶法について参加者に尋ねてもよいでしょう)。過誤記憶効果についてのスライドの途中で、過誤記憶は慣れた (飽きた) 状況で生じやすいことを学習します。例えば、最近の口げんかの記憶の断片では、実際に言われたことではなく、主観的な削除や修正が行われたうえで思い出されるかもしれません。また、実際に言われたことでも、その口げんかより以前に言われたものである可能性があります。こうした状況では、私たちの第一印象 (最初に考えたこと) を検証することが重要です。加えて参加者に、過誤記憶と正しい記憶の識別方法を教示します (鮮明に、細部にわたって思い出せるか)。

多くの課題があるので、1つの課題に時間をかけすぎて参加者を飽きさせないようにしてください。各画像の提示後に、どの項目が絵に描かれていたかを話し合います (挙手や色付きカードを用いてもよいでしょう)。さらに、項目の確信度を評定してもらいます (例えば、挙手してもらいます: しっかりと挙手される場合は確信しており、あいまいな挙手は疑いを持っていることを表します)。また、細部にわたって思い出せるかどうかを尋ねます (例えば、そのモノの色や置かれていた場所)。参加者からの回答を集めて検討したのちに、確認

のための画像を再提示します。

画像提示の後で、再認課題の前にブレインストーミングを行ってもよいでしょう。提示された画像に似た場面（例：教室やプール）には通常何があるかを参加者に尋ねるのです。こうした操作は、真の記憶を「編集」して「誤った予期」を招くため過誤記憶効果を促しますが、参加者にそれを実感してもらうためです。

具体的なアドバイス

なし

モジュール6：共感すること…II

対象となる認知領域

複雑な心の理論、あるいは社会認知；完結への欲求

基本的な課題

はじめに、参加者は「他者についての判断」の手がかり（例：言葉や身振り）について、各々の長所と短所を十分議論します。次に、一連のマンガが示されます。参加者は主人公の視点から考えて、その人物が他者や出来事について考えていることを推測します。

この課題には、標準的な実施方法と、反証への抵抗バイアスBias Against Disconfirmatory Evidence (BADE) が生じやすい実施方法 (BADE-ized) の2つがあります (BADE-izedについてはモジュール3を参照してください)。標準的方法ではマンガをすべて同時に提示します。セッションの時間が短い場合にはこの方法を用いてください。2つの方法とも、参加者はマンガの主人公の視点から考えなければなりません。

私たちはBADE-izedな実施方法を推奨しています。BADE-izedな実施方法では、ほとんどのスライドは逆順で示されます。つまり、ストーリーの最初の絵は隠されたままで、最後の絵が最初に示されます。新しい絵が示されるにつれて、ストーリーについてのより多くの情報が加えられます。1枚目（ストーリーでは最後の絵）を提示したあとで、続きの絵をもっと見る必要があるか、正解はすでに明らかかを参加者に尋ねます。本当のストーリーは最初の絵の印象とは最終的にまったく異なるものになることがあります。標準的な方法とBADE-izedな方法での、正しい解釈への手がかりを次の表にまとめました。

標準的な方法でもBADE-izedな方法でも、ストーリーの多くは、最後まで複数の解釈が成り立ちますから、結論をくだすためにどのような追加情報が必要かを参加者に提案してもらってもかまいません。ストーリーがあいまいなままでも、現時点で利用できる証拠から、どの解釈が最も妥当かについて検討してもよいでしょう。

素材

一連のマンガはBritta Block、Mariana Ruiz-Villarreal、Christin Hocheの各氏によって描かれました。画像を提供してくれた他の写真家や画家にも最後のスライドで謝辞を述べています。

理論的背景

統合失調症の患者さんは、視点取得や他者への共感を必要とする状況で問題が生じやすいことが知られています(メタ分析はBonfils et al., 2017; Bora et al., 2009; Bora & Pantelis, 2013; Sprong et al., 2007を参照)。他者の動機や行動についての歪んだ知覚は、対人関係を容易に悪化させてしまいます。しかし、心の理論の欠陥は他の精神障害でも観察されており(Holla et al., 2020)、妄想形成との病因論的関連は現在も議論されています(Garety & Freeman, 1999)。加えて、統合失調症の患者さんは完結への欲求と確信への欲求を持つといわれています(Colbert & Peters, 2002; レビューは Ramos & Torres, 2016を参照)。つまり、制限が無いことや、あいまいな状況に耐えられないのです。しかし、患者さんが他の説明や解釈を認識していないために、あいまいな状況をあいまいでないと感じている場合があります。

モジュールの目的

「すべてを知っている観察者(自分)」が持っている情報と、主人公が知り得る情報との違いを参加者に気づいてもらいます。例えば、Cycle Aの問題の1つでは、ある女性が医者から悪い診断結果を伝えられています。その後、彼女は仕事に遅れて、上司に叱責されます。最後の絵を見ても、上司が冷たい人なのか、彼女の受診を単に知らないだけなのかを私たちは知ることができません。部下が落ち込んでいるように見えるのだから、上司はもっと配慮すべきだと言うこともできます。

マンガのなかには、完結への欲求が強い人は不満を感じるようなものもあります。しかし日常生活でも、出来事に明確な説明が与えられることはほとんどありません。不満を感じる参加者には、自分の仮説を立証するためにはどのような追加情報が必要かを考えてもらいます。

全般的なアドバイス

参加者には各々の絵について順番に説明したり解釈したりしてもらいます。もし、彼らの説明が絵の内容からはずれてしまうときは、トレーナーが修正してください。課題の目的を達成するためには、主人公ならどう考えるかを参加者に問う必要があります。MCT全体の目的の1つは、証拠不十分な場合には疑いをもち、確信の程度を下げ、性急な決定を控えるよう患者に促すことです。したがって、参加者に確信の程度を適宜尋ねてください（例えば、挙手してもらいます：しっかりと挙手される場合は確信しており、あいまいな挙手は疑いをもっていることを表します）。

正しい解釈のための手がかり

Cycle A	標準的な実施方法	BADE-izedな実施方法
1 (誕生日プレゼント)	<p>おばあさんはキャンディが嫌いなことを少女にはっきり伝えていないので、少女はおばあさんの次の誕生日にもキャンディを買うだろう。おばあさんがキャンディをもらって喜ぶことはなさそう。</p>	<p>最初のスライドから、少女がおばあさんの次の誕生日に何をあげようとしているのかを推測するのは難しい。おばあさんがキャンディをもらって喜んでいるように見える絵で、少女は再びキャンディをあげるだろうという可能性が高まる。おばあさんはキャンディが好きではないが、少女にそれははっきり伝えていない。この点で、参加者は少女よりも多くの情報を得ることになる。</p>
2 (悪い知らせ)	<p>上司が冷たい人かどうかを決めるのは難しい。こうした状況では、上司が厳しすぎる可能性も考えられるが、私たちと違い、上司は女性が遅刻した理由を知らないのではないかという指摘は重要である。女性が頻繁に遅刻するかどうかを私たちは知らないで、私たちは上司の怒りの本当の理由を理解できない。これが単発の出来事であれば、上司は厳しすぎる可能性がある。</p>	<p>最初の（ストーリーでは最後の）絵から、上司が冷たい人かどうかを決めるのは難しい。2枚目のスライドからは、女性が泣いていることがわかる。これによって彼女の遅刻には理由があることもわかる。最後のスライドで女性に健康上の問題があることが示される。女性が仕事前に受診したことや、彼女の病気を上司が知っていたかどうかははっきりしないので、彼が冷たいかどうかは誰も確信できない。逆に、女性が頻繁に遅刻しているなら、上司の怒りも理解できる。一方で、時系列の最後の絵で上司は女性が泣いているのを見ているのかもしれない。その場合は、彼の態度は厳しすぎるだろう。</p>

<p>3 (自動車事故)</p>	<p>男性からはおそらくアルコールの臭いがする。男性が飲酒して事故が起こったと警官は十中八九考えるだろう。これは誤りではないが、「しらふ」なら事故を防ぐことができたかどうかはわからない。道は直線で、事故を回避する時間は十分にあったので、主な責任は男性にあることがわかる。</p>	<p>最初の（ストーリーでは最後の）スライドからは、警官が何を考えているのか推測するのは難しい。運転手は前後不覚であったと思われるが、このことだけが事故の原因かどうかはわからない。さらに絵が追加されると、事故の前にシカが道を横切っていたことがわかる。最後の（ストーリーでは最初の）絵で、男性が酒を飲んでいただけもわかる。参加者は警官よりも多くの情報を持っていることを覚えておくことは重要だが、警官がアルコールの臭いから飲酒運転による事故と考える可能性は高い。実際の状況はさらに複雑である。</p>
<p>4 (銀行強盗)</p>	<p>銀行員は少年がおもちゃのピストルを買ったことを知らない。この行員が怖がるかどうかはいくつかの要因による（例：少年の行動は予測不能か？銃が本物に見えるか？この行員は怖がりか？）。</p>	<p>最初の（ストーリーでは最後の）絵から、銀行員は突きつけられた銃で驚いたとも考えられるが、犯罪を起こすには少年があまりに幼く見える。残りのスライドから、銃はおもちゃだが、銀行員はそれに気づいていないことがわかる。この行員が怖がるかどうかは結局のところそれ以外の要因による（例：少年の行動は予測不能か？銃が本物に見えるか？この行員は怖がりか？）。</p>

5 (ボート)	<p>父親と子どもは警報を聞いていなかったが、おそらく天候の変化（雲が出てきたこと）には気づいていて、ボートに乗らないことにした可能性はある。ただし、その場合は、すでに岸に戻っていたかもしれない。</p>	<p>最初の（ストーリーでは最後の）絵で、父親と子どもはボートで出発する準備ができているようにも見えるが、よく見ると、天気が良くない（雲が出てきた）ことに気づく。ストーリーでの3枚目は、親子が出発しないと結論づけるのに役立つが、重要なのはこの親子が警報を聞いていないことである。ストーリーでは最初の2枚から天候の変化がわかる。親子は天候の悪化に気づいてボートに乗らないことにしたのだろう。しかし、その場合でも、ずっと以前に行くのをやめたのかもしれない。また、彼らはビーチにひとけがないことに気づいて、行くのをやめたのかもしれない。</p>
6 (アイスクリーム車)	<p>少年は少女が教会でアイスクリーム車を見たことを知らないのに、彼女が最後にアイスクリーム車を見たのは（彼が最後に彼女を見た）公園だと考える可能性がある。</p>	<p>BADE-izedな方法では利用不可能</p>
7 (ソーセージ)	<p>少年はとてもおなかが減っているように見えるので、母親は少年がソーセージを全部食べたと思い、叱るかもしれない。</p>	<p>BADE-izedな方法では利用不可能</p>

8 (隣人とのいざこざ)	<p>男性は車を何度も動かそうとしているが、バッテリー切れでできない。音がうるさいと文句を言ってきた（1～2枚目の絵）下の階の人とのいざこざのために、その人が車の中に入りライトをつけてわざとバッテリーを消耗させたと考えるかもしれない。しかし、4枚目で、バッテリー切れは違う場所でも生じているので、自分の不注意でライトをつけっぱなしにしていたと気づくかもしれない（車の所有者の男性は、隣人とのいざこざでうっかりしていたのかもしれない）。</p>	BADE-izedな方法では利用不可能
--------------	---	---------------------

Cycle B	標準的な実施方法	BADE-izedな実施方法
1 (大男)	<p>のこぎりを持った少年を誰も見ていないと認識することは重要である。カフェにいる人々は、椅子が壊れたのは男性の体重のためだと思うだろう。しかし、体重がもっと軽い人でも椅子は壊れていた。</p>	BADE-izedな方法では利用不可能
2 (自動車の運転)	<p>女性が男性の言葉をどのように受け取ったかはわからない。単なる情報、助言、あるいは上から目線の行動など、いろいろ考えられる。</p>	BADE-izedな方法では利用不可能

<p>3 (図書館)</p>	<p>いくつかの解釈が成り立つ。男性は女性が電話中であることに気づいていないので、彼女の言葉が自分自身に向けられたものだと思うかもしれない。これは、最初に彼女の注意を自分に向けようとして話しかけていることからわかる。その場合、彼は混乱したり驚いたりするかもしれない。あるいは、女性が私用電話をしているとは思わず、仕事の電話だと考えるかもしれない。</p>	<p>マンガの2枚目で、男性が女性に話しかけたとき、彼女が電話中であることに気づいていない可能性がある。したがって、女性の言葉が彼に向かったものだと考える可能性がある。あるいは、彼女が私用電話をしているのではなく、仕事をしているはずだと考えるかもしれない。残りのスライドで、女性は私用電話に夢中で、男性の質問に答えていないことがわかる。このマンガは別の解釈が可能である。重要なのは、絵の男性以上の情報を自分を持っているのだと参加者が認識することである。</p>
<p>4 (サッカー)</p>	<p>1枚目では、子どもたちがホスト国の言語を学習している。(黒板の文法事項をみると) 授業内容が初歩的なので、彼らの語彙はまだ少ないという推測が成り立つ。したがって、公園の標識を理解できないかもしれない。公園の警備員は少年達がわざとルール違反をしていると考えるかもしれない。外国人への偏見もあるかもしれない。標識がサッカー禁止を十分に伝えるものかどうかについても議論すべきである。</p>	<p>最初の(ストーリーでは最後の)スライドで、公園の警備員は少年達がルールを破って臆面もなく芝生の上で遊んでいると考えるだろう。残りの絵で、サッカーしているのは語彙の少ない外国人であることが明らかになる。(黒板の文法事項をみると) 授業内容が初歩的であることがわかる。しかし、この情報を警備員は知らないので、この状況での彼の考えは変わらない。</p>

5 (美術館)	ある男性が美術館に入る。2人の人物が自分を指さして話していると間違えるかもしれない。あるいは、男性が視界をさえぎっていると文句を言っているのかもしれない。	最初の（ストーリーでは最後の）スライドに基づいて、美術館で2人の人物が、猫の絵の前にいる男性のことを話していると考えるのは妥当である。残りのスライドで、2人の人物はそれ以前に猫の絵について話していたことが明らかとなる。その後部屋に入った男性は、2人が自分のことを話していると考えられるかもしれない。
6 (仮病)	少年が熱い飲み物の入ったカップに体温計を入れた後で、適当な温度に下がるよう振った（これは描かれていない！）ので、母親は少年が病気だと考えるかもしれない。少年がそうしなければ、体温計の目盛があまりに高くなりすぎるので、母親は少年の仮病に気づくだろう。	最初の（ストーリーでは最後の）スライドで、母親が子どもの状態に当惑して、心配しているようにもみえる。ストーリーでは3枚目のスライドは、少年が熱い飲み物の入ったカップに体温計を入れて、熱があるように見せかけている。体温計の目盛が高すぎたら、母親は子どもの仮病に気づき、おそらく怒るだろう。最初の2枚のスライドは、それぞれ話の流れを示しているが、新たな情報は与えていない。
7 (家)	男性が家の鍵を忘れてるのは明らかで、窓から家に入ろうとしている。通行人は彼を泥棒だと思ふかもしれない。あるいは、通行人は隣人で、彼のことを知っているかもしれないし、彼が状況を説明することもありうる（例：2枚目の彼の身振りで状況がわかるかもしれない）。	最初の（ストーリーでは最後の）スライドでは、男性が家に侵入しようとしているように見える。ストーリーでは2枚目になって、初めて男性が鍵を忘れたのであり、泥棒ではないことが明らかとなる。この時点で通行人は参加者と同じ情報をもっていないため、男性が家に侵入しようとしていると誤解する可能性が高いことを、参加者が認識するのは重要である。ただし、これは、通行人がこの男性と知り合いでないことが前提となる。

<p>8 (双子)</p>	<p>男性は、リサ（彼が電話した女性）は用事があると言っていたにもかかわらず、カフェでお茶を飲んでいると考えるだろう。男性は、電話では彼女の下の名前しか言っていないので（名字を知らないかも）、彼女のことをよく知らず、双子のきょうだいがいることも知らなかったかもしれない。</p>	<p>男性は、リサ（彼が電話した女性）は用事があると言っていたにもかかわらず、カフェでお茶を飲んでいると考えるだろう。ストーリーでは最初のスライドが示されて初めて、カフェの女性がリサの双子のきょうだいのカリンであることがわかる。男性は、電話では彼女の下の名前しか言っていないので（名字を知らないかも）、彼女のことをよく知らず、双子のきょうだいがいることも知らなかったかもしれない。</p>
---------------	---	--

モジュール7：結論への飛躍II

対象となる認知領域

結論への飛躍バイアス；無批判の受け入れ

基本的な課題

参加者への課題は、提示された絵の正しいタイトルを4つの選択肢から選ぶことです。答のわかりやすい絵もありますが、じっくり考えないとわからないものもあります。さらに、答に確証のもてないものさえあります。

モジュール2と同様に、導入部分では「結論への飛躍」を説明し、代表的な都市伝説と陰謀論を説明します（Cycle Aの例は「タバコ会社のマルボロは、クー・クラックス・クランが経営している」です）。これに対する賛否両論を参加者から集め、その妥当性について意見交換し、評価します。この種の都市伝説は結論への飛躍のために生じ、信頼できない証拠に基づいています。それゆえ、妄想的観念のモデルとして役立ちます。

素材

ルネッサンス絵画と近代絵画から構成されています。2枚の絵は主題統覚検査(Thematic Apperception Test：TAT)から援用しました。

理論的背景

先行研究によって、統合失調症の患者さんは仮説を無批判に受け入れるバイアスがあることがわかっています (Moritz, Göritz, et al., 2017; Moritz, Pfuhl, et al., 2017; レビューは Ward & Garety, 2019を参照; メタ分析はLivet et al., 2020 or McLean et al., 2017を参照)。コントロール群と比較して、患者群は理不尽で証明不可能な選択肢を高く評価し、説得力のない規準を採用して、意思決定してしまいます（この部分は、Garety et al.(1991)の「結論への飛躍へのアプローチ」に基づいています）。さらに、すべての利用可能な証拠を考慮せず(モジュール 2も参照;。Garety & Freeman, 2013; レビューはEisenacher & Zink, 2017を参照)、情報に適切な重みづけをしません(Glöckner & Moritz, 2009)。

モジュールの目的

「複雑な問題の解決には十分な時間が必要だ」ということを参加者は学習します。出来事の特徴が明快な決定を可能にすることもありますが、その特徴は表面的に検討するだけではわかりません。

全般的なアドバイス

どの選択肢が正解かについてグループで検討します。それによって、参加者の注意は自分がまだ認識していない情報（以下に示す絵の解説を参照）に向けられます。詳しく検討したのちに、参加者は選択肢のそれぞれについて再び評価します。

絵を提示した直後の評価と詳しく検討した後の評価を比較すると、性急な意思決定の欠点がよくわかるでしょう。

他のモジュールと同様に、参加者に確信の程度を尋ねる必要があります（例えば、挙手による：しっかりと挙手される場合は確信されており、あいまいな挙手は疑いをもっていることを表します）。確実か不確実かと問うことは、パーセンテージを尋ねるよりも判断への自信過剰をより明確に表します。

正解とは違うタイトルを選ぶ参加者がいる場合は、トレーナーはそれを否定することなくオープンに議論して、その人の意見を修正してください。

具体的なアドバイス

絵画No Cycle A	タイトル	正しい解釈への手がかり
絵画1	「求婚」	以下はbの理由：女性の表情はコケティッシュで恥じらいがある；男性はプレゼント（花）を持っている；男性の祈るような姿勢。また、花屋であれば、より多くの花を取り揃えているはずである。
絵画2	「本を読む化学者」	密閉された瓶、すり鉢、すりこぎは彼が化学者（薬剤師）であることを示し、新薬を研究しているのかもしれない（cの理由）。読書に没頭し、瓶は閉じられ、テーブルの上にグラスもないことからbではない。服装から修道僧でもない（aではない理由）
絵画3	「貧乏詩人」	本の多さから召使(a)よりも詩人(c)。手つきから詩を書いていると思われる(c)。貧しそうであっても、さまざまな所持品（特に本）からホームレスの保護施設ではない。
絵画4	「忠告」	以下はdの理由：（少年ではなく）少女を中心に見ると、罪悪感をもっているようで、年配の女性は脅すような身振りをしている；少年は手に靴を持っていない（のでcではない）。
絵画5	「訪問者」	男性は明らかに窓の鳥に注目している(a)。男性は本を読んでいないのでbではない。
絵画6	「求められた高次の生き物たち：黒く塗られた右上隅」	もし正しいタイトルが「Depression」であれば、黒い色がより大きなスペースを占めることになる（これはdに反する）。黒い三角形を除いては、国家社会主義を示すものはない。この三角形は、想像力を働かせれば、ヒトラー風の髪型を表していると誤解される可能性がある（これはbに対する反論）。写真のドイツ語のタイトル（„Höhere Wesen befehlen: rechte obere Ecke schwarz malen“）は、白い背景の写真のなかに文章として書かれている(c)。
絵画7	「狩猟でのハプニング」	男性の赤い鼻からbもありうるし、おびえた顔からaもありうる。しかし、衣服やショットガン、滑り落ちた様子からd。
絵画8	「コサックの手紙」	テーブルの男性の1人がペンを持っている（bの理由）。腕相撲はしておらず、コサックたちは陽気にみえ、戦争の準備はしていない（dはない）。

絵画9	「眼鏡屋」	大人と子どもが眼鏡を試着している（試しに新聞を読んでいる）；あごひげの男が眼鏡をケースから出して女性に勧めている(d)。子どもは絵の中心ではなく、ほとんどが大人である（aではない）。部屋に入ってきたのは背景の人物にすぎない（したがってcではない）。学者ならば、このような社交的な場ではなく、本のあるライティング・テーブルを描くだろう。
絵画10	「セビリヤの水売り」	前の男性はぼろを着ていて、グラスの液体は透明である。白ワインならもう少し黄色がかっている。ワインのテイスティングならもっと量が少ないだろう（cではない）。
絵画11	「男やもめ」	黒服の紳士はたしかに通り過ぎる女性を見ている。紳士は女性と交流していない（のでaではない）。座っている男性が絵の中心である（bではない）。
絵画12	「ペディキュア」	男性の注意は明らかに女性の足の爪に集中している。医者のおもむきや治療器材（メス）は見えない（のでbとcではない）。
絵画13	「果実泥棒」	子どもか小男が木から果物を取っているようであり、木の下に果物が何個か落ちていて、男はまだ木の上にいる。年配の男性が鞭で彼らを威嚇している。
絵画14	「タバの祈り」	2人とも手を合わせ、頭を垂れている。日没時である。墓石も神父も描かれていない（のでcではない）。選択肢dは絵の背景に合わない。
絵画15	「漁船の帰りを待つ母子」	母親と子どもが海を（待ち望んで？）見ている。水平線の船や母子の貧しい服は貧乏な漁師を表す(b)。旅行用の荷物は無く、子どもが裸足である（dではない）。もし散歩の場面なら、画家はもっと動きを描くだろう。悲しむ未亡人についての手がかりはない（が、cではない明確な証拠もない）。
絵画16	「少年とバイオリン」	他の解釈は絵を見ただけでは何とも言えない。実際、この少年は著名なバイオリン奏者（ユーディ・メニューイン）で、子ども時代のコンサート直前の様子である。
絵画17	「恋文」	誰も家具を動かしていない（のでcではない）。絵の雰囲気は明るく平和で、地形学者は専門的な機材を使うだろう（からdではない）。

<p>絵画18</p>	<p>「年貢」</p>	<p>コインは絵の重要な要素である（cを支持する）。海賊が貴族にお金を渡すこともないだろう（なのでdではない）。aとbはありそうだが、cほどではない。aではない別の理由は、汚職のようなテーマはルネッサンス時代には描かれなかったということ。</p>
<p>絵画19</p>	<p>「ダンスの申し込み」</p>	<p>絵の背景にダンスをしているカップルがいる。男性が女性にお辞儀をしていることもcの理由。加えて、絵の人々は彼の存在を認めているようだ。テーブルの後ろにいる2人の女性は、必ずしも彼の噂話をしているとは限らない。部屋がうるさいため顔を寄せて話しているのだろう。皆がアルコールを飲んでいるように見える（テーブルのビールジョッキ；aではない）。</p>
<p>絵画20</p>	<p>「演劇」</p>	<p>舞台を見ている大観衆がいて、スクリーンはない（のでcではない）。これほど多くの人々が犯罪を目撃して、止めに入らないという可能性は低い（のでaではない）。群衆は暗い所に座っており、舞台には照明が当てられている。</p>

絵画No Cycle B	タイトル	正しい解釈への手がかり
絵画1	「悲しい知らせ」	女性が泣いていて、兵士が帽子とコート（おそらく亡くなった夫のもの）を彼女に渡していて、膝には手紙がある（dの理由）。赤ちゃんは病気には見えず、幼児は軍服の男性を見ていて赤ちゃんを見ていない（のでbではない）。
絵画2	「修道院のスープ配給」	以下の理由でc。（スープ）皿を持った少年が部屋を出ようとしていて、背景にはおそらく食事をとっている人々がいる。背景の修道女はスープ鍋を持っている。ドアが教会のような印象を与えない（のでcではない）。
絵画3	「戦争」	剣や松明、地面の死体がaのヒント。イエス・キリストの受胎を示す証拠はない（bではない）。cとdは絵の中心部分ではない。
絵画4	「なぜ彼と結婚したのか？」	カップルは明らかに船上にいて（背景の舷窓）、おそらく新婚旅行だろう（bを支持）。男性は服を着たままベッドに横になっていて、おそらく飲みすぎているのだろう、隣のテーブルにボトルが転がっている（これもbを支持）。女性は男性の母というには若すぎる（のでdではない）。殺人や自殺の手がかり（例：ピストル）は無い（のでaとcではない）。昔は女性が身につける赤いリボンが新婚の証であった（bの手がかり）。
絵画5	「子どもの遊び」	売店も食べ物もない（のでbとcではない）。運動やダンスなどが示すのはd。見た目が混沌としているのでaも考えられるが、遊んでいる人々がいるのでつじつまが合わない。
絵画6	「ダイヤのエースを持ったいかさま師」	赤い飲み物がcを示唆するが、多くの疑問が残る。中央の女性の様子からdも考えられるが、男性の背後のカード（ダイヤのエース）からb。
絵画7	「月を眺める二人の男」	月は絵の中心的な要素である（bを支持）。墓石や吸血鬼も描かれていない（aとcではない）。さらに、場面は平和そうで、深夜にみえる（のでdではない）。
絵画8	「森のはずれでの休息」	女性が大きなカゴを持っている。人々は逃げているようにはみえず、けが(d)を示す手がかりもない。
絵画9	「ウサギの餌付け」	子どもがウサギに餌をやっている。イースター(d)を示す手がかりはない。「最後の食事(a)」は気味の悪いタイトルで、絵の平和的な雰囲気と合わない。

絵画10	「ゆりかごの母」	子どもがすやすやと寝ていて、深刻な病気や死につつあるようには見えない（健康的な顔色；aとbではない）。母親はゆりかごのそばに座っているが、顎を手に乗せているので歌えないだろう（cではない）。
絵画11	「着付け」	背景の椅子の上に服がかけてある。立っている女性が若い男性の襟を整えている。若者は彼女の前で膝立ちをし、当時の下着を着ている（これはcを支持し、aではない）。雰囲気はかなり親密で、2人の女性は怒っているようにも非難しているようには見えず、快活そうである（dではない）。マッサージには場所がふさわしくない（のでbではない）。
絵画12	「アイロンをかける二人の女」	励まされている人はいない（のでbではない）。右側の女性はアイロンがけをしていて、もう一方の女性は仕事で疲れて欠伸をしているようにみえる。1人の女性は、アルコールが入っていると思われるボトルを持っている（これはaを多少支持する）。
絵画13	「怠け者の天国」	穀竿からaを選ぶかもしれない。食べ物がそこらにちらかっており、ナイフやホークが刺さっていることからbとなる。首を切られたニワトリはあまりに小さく描かれており、絵のタイトルにはならない。食べ物に毒が盛られていること(d)を示す手がかりはない。
絵画14	「手品師」	男性の持ち物（イヌや輪）が、魔法使い(a)や行脚僧(c)よりも手品師であることを示す。ただし、bの可能性も捨てられない。
絵画15	「昼食」	頭を垂れているのでaかbのように思われるが、誰も悲しそうではない（したがってaではない）。1人はすでに食べ始めているのでbではない。誰も話していない（のでdではない）。ほぼ全員が食べているとして、cが正解である。
絵画16	「二人の求婚者とともにワインを飲む少女」	ワイングラスを持つ女性は微笑んでいるようで、おそらく彼女は丁度求婚されたところである（aが妥当）。第二の男の存在と、女性はその男性を見ていないということからbではない。女性が絵の中央にいるのでcでもない。贅沢な食べ物がテーブル上にないのでdでもない。
絵画17	「オペラグラスを持つ女性」	女性はオペラグラスを持っているがマスクはしていない（のでaではない）。cに関する具体的な手がかりはない。

モジュール8：気分

対象となる認知領域

否定的スキーマ、低自尊心

基本的な課題

まず、グループでうつ病の症状を挙げて、うつ病の治療可能性と典型的な認知パターンについて検討します。次に、抑うつ的認知スキーマを取り上げます。トレーナーは参加者と協力しながら、歪んだ認知スキーマがより現実的で有用なものに、どのように置き換わるかを説明します。

このモジュールでは、心理的な問題を抱える人によく見られる機能不全的（不適応的）な対処方略も対象にします。例えば、統合失調症の患者さんは、誰かにプライバシーを侵害されることを極端に否定的に考え（強い否定的思考やイメージを抱く）、強い恐怖を感じる傾向があります（Morrison, 2001）。こうした思考は、ビジランスの高まりや、その思考を抑制しようとすることによってかえって強められます。健康な心理状態から乖離してしまう感覚が生じることもあり、そこから自我境界が緩む感覚（させられ体験）と幻覚が生じるかもしれません。参加者は、「そのような思考や感覚は煩わしいものだが、ごく普通のものだ」ということを学習します。

また、思考抑制が否定的な思考をかえって強化することも学習します。思考抑制の代わりに、安全な屋内から嵐の光景を眺めたり、動物園の檻の外からトラを眺めたりするような、恐怖の対象それ自体にはかかわらない、距離を持った自己観察を参加者に勧めます。

最後に、否定的な自己スキーマを変え、気分を高めるのに役立つ技法を提示し、普段からそれを使うことを参加者に勧めてください。

素材

いくつかの例は認知行動療法のテキスト（例えば、Beck, 1976）やWellsのメタ認知療法 Metacognitive Therapyから採用しました。異なるメタ認知的アプローチに関するレビューは、Moritz & Lysaker (2018)を参照してください。画像を提供してくれた他の写真家や画家にも最後のスライドで謝辞を述べてあります。

理論的背景

統合失調症の患者さんの多くは抑うつ的思考に悩み、自尊心が低いと考えられています(Sundag et al., 2015; for meta-analyses, see Gerlinger et al., 2013; Tiernan et al., 2014)。うつ病の合併と自殺の割合も非常に高いのです(メタ分析はBuckley et al., 2009; Herniman et al., 2019; Hor & Taylor, 2010; W. Li et al., 2020を参照)。「妄想的観念は自尊心を高めるための(役に立たない)対処方略である」という意見が正しいかどうかについてはまだ結論が出されていません(Adler, 1929; Bentall et al., 2001; Kinderman & Bentall, 1996; メタ分析はMüller et al., 2020を参照)。この意見を肯定する例としては、被害妄想的観念によってその人自身の重要性を高めたり(例えば、自分は襲ってくる悪霊と戦う勇敢な英雄だと考える:「虎穴に入らずんば虎子を得ず」)、日常生活に新しいファンタスティックな目的を作り出したりすること(Moritz, Werner, et al., 2006; レビューはLancellotta & Bortolotti, 2019参照)が挙げられます。

このモジュールの目的は、自尊心を非現実的なレベルまで高めることではなく、現実的な自己感覚を養うことです(したがって、「私は特別な人間だ」のような「ポジティブ思考」は勧めません)。

モジュールの目標

参加者に、抑うつや低自尊心の形成と維持にかかわる非機能的(不適応的)思考スタイルを説明し、日常のトレーニングで認知スタイルを修正できることを強調します。

全般的なアドバイス

他のモジュールとは異なり、判断を助ける選択肢のある課題はありません。トレーナーはこのモジュールの基礎となる「うつ病の認知行動モデル」に習熟していなければなりません。

特別なアドバイス

このモジュールの課題では、回答の選択肢を参加者に与えるのではなく、より役立つ、ポジティブでバランスの取れた思考の例を参加者が自主的に見つけられるように促してください。

追加モジュール：自尊心

対象となる認知領域

自尊心を向上させること。

課題

このモジュールの目的は、「自尊心の高低は主観的なものだ」と参加者に伝えることです。

「自分は他の人より価値があるのかわからないのか？」と問うことは意味がありません。自尊心が低くなってしまふ人と自尊心を維持している人の違いは、自尊心の源にあります。自尊心が低くなってしまふ人は自分の弱さだけに注目する傾向があります。そこで参加者を、自分の強さ（ストレングス）を見つめ直すよう導き、自尊心を増すコツを学習し、そのやり方を発展させるよう促します。

素材

さまざまな心理療法のマニュアル（例えば、Potreck-Rose & Jacob(2015)）から着想を得ています。

理論的背景

多くの（妄想型）統合失調症の患者さんは低い自尊心に悩み(Ciufolini et al., 2015; Moritz, Veckenstedt, et al., 2010; Sundag et al., 2015; レビューはGerlinger et al., 2013を参照)、それが誇大妄想や被害妄想に結びつくと考えられています(メタ分析は Murphy et al., 2018を参照)。したがって、妄想が軽減し、病識が高まると気分が改善します(レビューは Lincoln et al., 2007を参照; メタ分析はMurri et al., 2015を参照)。患者さんの多くは、治療に期待する効果の1つとして気分の改善を挙げています(Bridges et al., 2018; Moritz, Berna, et al., 2017)。したがって、モジュール8でも扱った気分の問題はとても重要です。

モジュールの目標

参加者は、自尊心が低くなる理由を学習します。日常生活におけるネガティブな側面や自分

の欠陥（と思い込んでいるもの）にはできるだけ注意を向けず、うまくいっている側面を探したり、うまくいっていることを高く評価したりすることの大切さを学びます。参加者の自尊心を向上させるためのアドバイスが示されます。

全般的なアドバイス

このモジュールの課題には、正誤のある問題はありません。参加者には、自尊心を向上させるために役立つ方略について考えたり、話し合ったりする十分な時間を与えてください。参加者が自分自身の強さを認めて、それに名づけることが重要です。このモジュールは、特にモジュール8（気分）を補足するために役立ちます。

追加のモジュールII：先入観（スティグマ）に対処する

対象となる認知領域

スティグマ（セルフスティグマ）

課題

有名な人々（例：スポーツ選手と作家）を挙げて説明します。多くの作家（第2のグループ）が精神障害に悩んでいたことを説明します。その後、精神障害者の絵と健常者の絵を提示し、精神障害を抱えていても重要で価値ある仕事ができることを説明します。次に、うつ病のような精神障害や統合失調症の（軽い）症状は、一般の人でもしばしば体験することを示します。最後に、精神障害に対する偏見を批判的に検討し、スティグマに立ち向かう方法を話し合います。参加者が自分の病理とうまくつきあっていくための方法を提案します。

素材

古典的な絵画と近代的な絵画；公表された統計値；自作例

理論的背景

統合失調症をはじめとする多くの精神疾患は偏見の対象となり（精神保健の専門家の間でも〔レビューは、Valery & Prouteau, 2020を参照〕）、（セルフ）スティグマと結びつきます（レビューは、Alonso et al, 2019を参照）。このことは、不信や社会的ひきこもりのような、精神症状を助長する問題や障害（不安や抑うつ）を生じさせてしまいます。結果として、しばしば自尊心が低下します（Świtaj et al., 2015）。

モジュールの目標

まず、（統合失調症のような）一般的な精神障害が、一般人口においてどの程度生じるのかについて話し合います。有名な芸術家やスポーツ選手の例を引いて、（統合失調症のような）精神障害であることは非生産性や無価値を意味しないことを説明します。参加者は、こうしたスティグマに気づき、自分の自尊心に影響を与えていることに気づきます。このモジ

ユールでは、一般人口における精神障害の有病率に関する知識を増やすことによって、セルフスティグマを減らすことを目標にします。精神障害や統合失調症であっても、その人の価値がそれによって決まるものではないと強調して、参加者には自らの精神障害に適切に対処する方法を学習してもらいます。例えば、他の人に自分の障害について適切に伝える方法を検討します。

全般的なアドバイス

このモジュールの課題には、正誤のある問題はありません。参加者には、スティグマに立ち向かうために役立つ方略について考えたり、話し合ったりする十分な時間を与えてください。いくつかの課題や解説はスキップしてもかまいません（例えば、すべての作家の経歴を音読する必要はありません）。

注意事項

統合失調症に関する常套句や誤解(例：「統合失調症の人は危険だ」というもの)についてのスライドを提示するときは、きわめて穏やかに、慎重に行ってください。患者さんがこうした常套句や誤解に気づいている場合にだけ、例を提示してください。知らなかった常套句や誤解に触れることで、新たな不安を誘発する可能性があり、これは慎重に避けなければなりません。スライドを提示する前に、グループ内で統合失調症に関する常套句を目にしたことがあるかどうかを尋ねてください。その後、ステレオタイプに反論するためだけに、その常套句を使ってください。

特記事項

参加者が、自らの障害に対処するためのコツや方法を、自分の例から考えることができると高い効果が得られるでしょう。

References

- Abhishek, P., Nizamie, S. H., Jahan, M., Kumar, D., Goyal, N., Pachori, H., & Katshu, M. Z. U.H. (2020). Impaired recollection-based episodic memory as a cognitive endophenotype in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 42(8), 759-770. <https://doi.org/10.1080/13803395.2020.1801598>.
- Adler, A. (1929). Melancholia and paranoia. In A. Adler (Ed.), *The practice and theory of individual psychology (published 1914)*. Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Alonso, M., Guillén, A. I., & Muñoz, M. (2019). Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: a systematic review. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E27. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Balzan, R. P. (2016). Overconfidence in psychosis: The foundation of delusional conviction? *Cogent Psychology*, 3(1), 1135855. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1135855>
- Barkl, S. J., Lah, S., Harris, A. W. F., & Williams, L. M. (2014). Facial emotion identification in early-onset and first-episode psychosis: a systematic review with meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 159(1), 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.049>
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Meridian. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80293-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80293-1)
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143–1192. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00106-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00106-4)
- Bentall, R. P., David, A. S., & Cutting, J. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. In A. S. David & J. C. Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 337–360). Lawrence Erlbaum Associates.
- Bentall, R. P., Kaney, S., & Dewey, M. E. (1991). Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13–23.
- Bhatt, R., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). False memory in schizophrenia patients with and without delusions. *Psychiatry Research*, 178(2), 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.02.006>
- Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 17(3), 316–329. <https://doi.org/10.1002/wps.20577>
- Bonfils, K. A., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2017). Empathy in schizophrenia: a meta-analysis of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychiatry Research*, 249, 293-303. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.033>.
- Bora, E., & Pantelis, C. (2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 144(1–3), 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.013>
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 475–482. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.055731>
- Bridges, J. F. P., Beusterien, K., Heres, S., Such, P., Sánchez-Covisa, J., Nylander, A.-G., Chan, E., & de Jong-Laird, A. (2018). The treatment goals of people recently diagnosed with schizophrenia using best–worst scaling. *Patient Preference and Adherence*, 12, 63–70. <https://doi.org/10.2147/PPA.S152870>
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60(1), 57–64. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00162-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00162-7)

- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). *Psychiatric comorbidities and schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 383–402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Burns, A. M. N., Erickson, D. H., & Brenner, C. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatric Services*, *65*(7), 874–880. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300213>
- Ciufolini, S., Morgan, C., Morgan, K., Fearon, P., Boydell, J., Hutchinson, G., Demjaha, A., Girardi, P., Doody, G. A., Jones, P. B., Murray, R., & Dazzan, P. (2015). Self esteem and self agency in first episode psychosis: ethnic variation and relationship with clinical presentation. *Psychiatry Research*, *227*(2–3), 213–218. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.030>
- Colbert, S. M., & Peters, E. R. (2002). Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(1), 27–31. <https://doi.org/10.1097/00005053-200201000-00007>
- Cuervo-Lombard, C., Jovenin, N., Hedelin, G., Rizzo-Peter, L., Conway, M. A., & Danion, J.-M. (2007). Autobiographical memory of adolescence and early adulthood events: an investigation in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *13*(2), 335. <https://doi.org/10.1017/S135561770707035X>
- Danion, J.-M., Cuervo, C., Piolino, P., Huron, C., Riutort, M., Peretti, C. S., & Eustache, F. (2005). Conscious recollection in autobiographical memory: an investigation in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, *14*(3), 535–547. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.01.005>
- Danion, J.-M., Huron, C., Vidailhet, P., & Berna, F. (2007). Functional mechanisms of episodic memory impairment in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(11), 693–701. <https://doi.org/10.1177/070674370705201103>
- de Sousa, P., Sellwood, W., Griffiths, M., & Bentall, R. P. (2019). Disorganisation, thought disorder and socio-cognitive functioning in schizophrenia spectrum disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(2), 103–112. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.160>
- Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S., & Hutton, P. (2016). Psychosis, delusions and the “Jumping to Conclusions” reasoning bias: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(3), 652–665. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv150>
- Eifler, S., Rausch, F., Schirmbeck, F., Veckenstedt, R., Mier, D., Esslinger, C., Englich, S., Meyer-Lindenberg, A., Kirsch, P., & Zink, M. (2015). Metamemory in schizophrenia: Retrospective confidence ratings interact with neurocognitive deficits. *Psychiatry Research*, *225*(3), 596–603. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.040>
- Eisenacher, S., & Zink, M. (2017). The importance of metamemory functioning to the pathogenesis of psychosis. *Frontiers in Psychology*, *8*, 304. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00304>
- Evans, L. H., McCann, H. M., Isgar, J. G., & Gaston, A. (2019). High delusional ideation is associated with false pictorial memory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *62*, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.09.005>
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, *27*(4), 425–457. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>
- Freeman, D. (2016). Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment. *Lancet Psychiatry*, *3*(7), 685–692. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00066-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00066-3)
- Gaebel, W., Hasan, A., & Falkai, P. (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Springer.

- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(5), 410–472. <https://doi.org/10.1177/0004867416641195>
- Garety, P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*(2), 113–154. <https://doi.org/10.1348/014466599162700>
- Garety, P. A., & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *British Journal of Psychiatry*, *203*(5), 327–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126953>
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, *12*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Gillespie, A. L., Samanaite, R., Mill, J., Egerton, A., & MacCabe, J. H. (2017). Is treatment-resistant schizophrenia categorically distinct from treatment-responsive schizophrenia? A systematic review. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1177-y>
- Glöckner, A., & Moritz, S. (2009). A fine-grained analysis of the jumping-to-conclusions bias in schizophrenia: data-gathering, response confidence, and information integration. *Judgment and Decision Making*, *4*(7), 587–600. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1313623>
- Grimes, K. M., & Zakzanis, K. K. (2018). Neurocognitive predictors of confabulation in schizophrenia: a systematic and quantitative review. *International Journal of Risk and Recovery*, *1*(2), 21–31. <https://doi.org/10.15173/ijrr.v1i2.3492>
- Healey, K. M., Bartholomeusz, C. F., & Penn, D. L. (2016). Deficits in social cognition in first episode psychosis: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *50*, 108–137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.001>
- Herniman, S. E., Allott, K., Phillips, L. J., Wood, S. J., Uren, J., Mallawaarachchi, S. R., & Cotton, S. M. (2019). Depressive psychopathology in first-episode schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, *49*(15), 2463–2474. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002344>
- Holla, B., Dayal, P., Das, A., Bhattacharya, M., Manjula, V., Ithal, D., Balachander, S., Mahadevan, J., Nadella, R. K., Sreeraj, V. S., Benegal, V., Reddy, J. Y. C., Mehta, U. M., & Viswanath, B. (2020). Transdiagnostic neurocognitive endophenotypes in major psychiatric illness. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.02.14.20022863>
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, *24*(4, Suppl), 81–90. <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>
- Hoven, M., Lebreton, M., Engelmann, J. B., Denys, D., Luigjes, J., & van Holst, R. J. (2019). Abnormalities of confidence in psychiatry: an overview and future perspectives. *Translational Psychiatry*, *9*(1), 268. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0602-7>
- Huron, C., & Danion, J.-M. (2002). Impairment of constructive memory in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, *17*(3), 127–133. <https://doi.org/10.1097/00004850-200205000-00006>
- Janssen, I., Versmissen, D., Campo, J. À., Myin-Germeys, I., Van Os, J., & Krabbedam, L. (2006). Attribution style and psychosis: evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Psychological Medicine*, *36*(6), 771–778. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007422>

- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(1), 106–113. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.1.106>
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 341–345. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.341>
- Kinderman, P., Kaney, S., Morley, S., & Bentall, R. P. (1992). Paranoia and the defensive attributional style: deluded and depressed patients' attributions about their own attributions. *British Journal of Medical Psychology, 65*(4), 371–383.
- Klosterkötter, J. (1992). The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 46*(3), 609–630. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1992.tb00535.x>
- Lancellotta, E., & Bortolotti, L. (2019). Are clinical delusions adaptive? *WIREs Cognitive Science*. <https://doi.org/10.1002/wcs.1502>
- Li, E., Lavoie, S., Whitford, T. J., Moritz, S., & Nelson, B. (2018). Impaired action self-monitoring and cognitive confidence among ultra-high risk for psychosis and first-episode psychosis patients. *European Psychiatry, 47*, 67–75.
- Li, W., Yang, Y., An, F. R., Zhang, L., Ungvari, G. S., Jackson, T., Yuan, Z., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of comorbid depression in schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *Journal of Affective Disorders, 273*, 524–531. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.056>
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1324–1342. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm002>
- Lincoln, T., Pedersen, A., Hahlweg, K., Wiedl, K.-H., & Frantz, I. (2019). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen [Evidence-based guideline for the psychotherapy of schizophrenia and other psychotic disorders]*. Hogrefe.
- Liu, Y.-C., Tang, C.-C., Hung, T.-T., Tsai, P.-C., & Lin, M.-F. (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 15*(2), 130–139. <https://doi.org/10.1111/wvn.12282>
- Livet, A., Navarri, X., Potvin, S., & Conrod, P. (2020). Cognitive biases in individuals with psychotic-like experiences: a systematic review and a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 222*, 10–22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.06.016>
- Lopez-Morinigo, J.-D., Ajnakina, O., Martínez, A. S.-E., Escobedo-Aedo, P.-J., Ruiz-Ruano, V. G., Sánchez-Alonso, S., Mata-Iturralde, L., Muñoz-Lorenzo, L., Ochoa, S., Baca-García, E., & David, A. S. (2020). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 50*(14), 2289–2301. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003384>
- Martin, J. A., & Penn, D. L. (2002). Attributional style in schizophrenia: an investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophrenia Bulletin, 28*(1), 131–141. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006916>
- McLean, B. F., Mattiske, J. K., & Balzan, R. P. (2017). Association of the jumping to conclusions and evidence integration biases with delusions in psychosis: a detailed meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 43*(2), 344–354. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw056>
- Mehl, S., Rief, W., Lüllmann, E., Ziegler, M., Kesting, M.-L., & Lincoln, T. M. (2010). Are theory of mind deficits in understanding intentions of others associated with persecutory delusions? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(7), 516–519. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4c8d2>

- Mehl, S., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2015). Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1450. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01450>
- Miller, M. B., & Gazzaniga, M. S. (1998). Creating false memories for visual scenes. *Neuropsychologia*, 36(6), 513–520. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(97\)00148-6](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(97)00148-6)
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 358–366. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.004>
- Moritz, S., Bentall, R. P., Kolbeck, K., & Roesch-Ely, D. (2018). Monocausal attribution and its relationship with reasoning biases in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 193, 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.057>
- Moritz, S., Berna, F., Jaeger, S., Westermann, S., & Nagel, M. (2017). The customer is always right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(4), 335–339. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0694-5>
- Moritz, S., Göritz, A. S., Balzan, R. P., Gawęda, Ł., Kulagin, S. C., & Andreou, C. (2017). A new paradigm to measure probabilistic reasoning and a possible answer to the question why psychosis-prone individuals jump to conclusions. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 406–415. <https://doi.org/10.1037/abn0000262>
- Moritz, S., Göritz, A. S., Gallinat, J., Schafschetzy, M., Van Quaquebeke, N., Peters, M. J. V., & Andreou, C. (2015). Subjective competence breeds overconfidence in errors in psychosis. A hubris account of paranoia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.011>
- Moritz, S., Klein, J. P., Lysaker, P. H., & Mehl, S. (2019). Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 309–317. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/smoritz>
- Moritz, S., Krieger, E., Bohn, F., & Veckenstedt, R. (2017). *MKT+: Individualisiertes metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose [MCT+: Individualized metacognitive treatment program for individuals with psychosis]*. Springer.
- Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition – What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research*, 201, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.001>
- Moritz, S., Pfuhl, G., Lüdtke, T., Menon, M., Balzan, R. P., & Andreou, C. (2017). A two-stage cognitive theory of the positive symptoms of psychosis. Highlighting the role of lowered decision thresholds. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.07.004>
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Karow, A., & Lincoln, T. M. (2010). Course and determinants of self-esteem in people diagnosed with schizophrenia during psychiatric treatment. *Psychosis*, 2(2), 144–153. <https://doi.org/10.1080/17522430903191791>
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 561–569. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833d16a8>
- Moritz, S., Werner, R., & Von Collani, G. (2006). The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the implicit association test. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11(4), 402–415. <https://doi.org/10.1080/13546800444000263>

- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006a). Metacognitive control over false memories: a key determinant of delusional thinking. *Current Psychiatry Reports*, 8(3), 184–190. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0022-2>
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006b). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 142(2–3), 157–165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.016>
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619–625. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Burlon, M., Braus, D. F., & Andresen, B. (2007). Attributional style in schizophrenia: evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 371–383. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9070-5>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Jelinek, L., & Klinge, R. (2008). Memory and metamemory in schizophrenia: a liberal acceptance account of psychosis. *Psychological Medicine*, 38(6), 825–832. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002553>
- Moritz, S., Woodward, T. S., & Rodriguez-Raecke, R. (2006). Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them. *Psychological Medicine*, 36(5), 659–667. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007252>
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to psychotic symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257–276. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003010>
- Müller, H., Betz, L. T., & Bechdorf, A. (2021). A comprehensive meta-analysis of the self-serving bias in schizophrenia spectrum disorders compared to non-clinical subjects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 120, 542–549. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.025>
- Murphy, P., Bentall, R. P., Freeman, D., O'Rourke, S., & Hutton, P. (2018). The paranoia as defence model of persecutory delusions: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(11), 913–929. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30339-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30339-0)
- Murri, M. B., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., Lamis, D. A., Ghio, L., & Amore, M. (2015). Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 162(1–3), 234–247.
- Nowak, U., Eisenacher, S., Braun, H., Rausch, F., Muszinski, S., Thiem, J., Becker, A., Englisch, S., Kirsch, P., Meyer-Lindenberg, A., & Zink, M. (2018). Monocausal attributions along cross-sections of psychosis development and links with psychopathology and data gathering style. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 699–710. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9907-8>
- Peters, M. J. V, Hauschildt, M., Moritz, S., & Jelinek, L. (2013). Impact of emotionality on memory and meta-memory in schizophrenia using video sequences. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.003>
- Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—a systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(2), 227–240. <https://doi.org/10.1002/cpp.2345>
- Phillips, M. L., & David, A. S. (1995). Facial processing in schizophrenia and delusional misidentification: cognitive neuropsychiatric approaches. *Schizophrenia Research*, 17(1), 109–114. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00035-K](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00035-K)

- Potreck-Rose, F., & Jacob, G. (2015). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl [Self-care, self-acceptance, self-confidence: psychotherapeutic interventions for improving self-esteem]*. Klett-Cotta.
- Ramos, V. J., & Torres, M. L. M. (2016). Cognitive biases in schizophrenia spectrum disorders. In Y.-C. Shen (Ed.), *Schizophrenia Treatment - The New Facets* (pp. 95–108). <https://doi.org/10.5772/65726>
- Randjbar, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Hottenrott, B., Moritz, S., & Vitzthum, F. (2011). Attributional biases in paranoid schizophrenia: further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia. *Psychosis*, 3(1), 74–85. <https://doi.org/10.1080/17522431003717675>
- 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(4), 803–814. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.21.4.803>
- Roediger, H. L., Watson, J. M., McDermott, K. B., & Gallo, D. A. (2001). Factors that determine false recall: a multiple regression analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 8(3), 385–407. <https://doi.org/10.3758/BF03196177>
- Sanford, N., Veckenstedt, R., Moritz, S., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Impaired integration of disambiguating evidence in delusional schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 44(13), 2729–2738. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000397>
- Sarfati, Y., Hardy-Baylé, M.-C., Besche, C., & Widlöcher, D. (1997). Attribution of intentions to others in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 25(199), 199–209.
- Sauvé, G., Lavigne, K. M., Pochiet, G., Brodeur, M. B., & Lepage, M. (2020). Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, 101854. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101854>
- Savulich, G., Shergill, S., & Yiend, J. (2012). Biased cognition in psychosis. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(4), 514–536. <https://doi.org/10.5127/jep.016711>
- Shakeel, M. K., & Docherty, N. M. (2015). Confabulations in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/13546805.2014.940886>
- So, S. H., Siu, N. Y., Wong, H., Chan, W., & Garety, P. A. (2016). ‘Jumping to conclusions’ data-gathering bias in psychosis and other psychiatric disorders — two meta-analyses of comparisons between patients and healthy individuals. *Clinical Psychology Review*, 46, 151–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.001>
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 5–13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.035899>
- Sundag, J., Lincoln, T. M., Hartmann, M. M., & Moritz, S. (2015). Is the content of persecutory delusions relevant to self-esteem? *Psychosis*, 7(3), 237–248. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.947616>
- Świtaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., & Wciórka, J. (2015). Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: the mediating effects of self-esteem and support seeking. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.02.016>
- Tiernan, B., Tracey, R., & Shannon, C. (2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry Research*, 216(3), 303–313. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.003>

- Trotta, A., Kang, J., Stahl, D., & Yiend, J. (2020). Interpretation bias in paranoia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Science*, 9(1), 3–23. <https://doi.org/10.1177/2167702620951552>
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: a systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Hottenrott, B., Woodward, T. S., & Moritz, S. (2011). Incorrability, jumping to conclusions, and decision threshold in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16(2), 174–192. <https://doi.org/10.1080/13546805.2010.536084>
- Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Mengelers, R., Campo, J. A., van Os, J., & Krabbendam, L. (2008). Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum. *Schizophrenia Research*, 99(1–3), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.024>
- Wade, M., Tai, S., Awenat, Y., & Haddock, G. (2017). A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 51, 75–95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.009>
- Ward, T., & Garety, P. A. (2019). Fast and slow thinking in distressing delusions: a review of the literature and implications for targeted therapy. *Schizophrenia Research*, 203, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.045>
- Weiss, A. P., Dodson, C. S., Goff, D. C., Schacter, D. L., & Heckers, S. (2002). Intact suppression of increased false recognition in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1506–1513. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1506>
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C., & Whitman, J. C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28(4), 605–617. <https://doi.org/10.1080/13803390590949511>