

## 認知行動療法の有害事象と実践に際しての留意点

岡本 泰昌<sup>1)</sup>，神人 蘭<sup>1)</sup>，吉野 敦雄<sup>1)</sup>，菊地 俊暁<sup>2)</sup>，  
中野 有美<sup>3)</sup>，堀越 勝<sup>4)</sup>，大野 裕<sup>4)</sup>

認知行動療法（CBT）の有害事象には，CBTが適正に実施された場合とCBTが適正に実施されない場合との2つに分けることができる。CBTが適正に実施された場合の一例として，RCTの研究結果によれば，CBTの有害事象はプラセボと同等もしくは低い。CBTの有害事象の多くは，治療者の知識不足，技術不足，経験不足による適正に実施されていないCBTのクオリティの低さに関連している。RCTレベルのクオリティをもつCBTをめざすために，治療前や治療中の患者状態の頻回のアセスメント，セッション後の治療評価尺度の利用，セッションの録音に基づくスーパービジョンなどが重要と考えられた。

<索引用語：認知行動療法，有害事象，副作用，留意点>

## はじめに

認知行動療法（cognitive behavioral therapy：CBT）は認知や行動のあり方を変えることを学習し，問題に対処し情動の改善を図る構造化された治療法で，他の精神療法と比べて比較的短時間で適用が可能である。CBTは，認知行動モデルに沿ったアセスメントを行い，個々の患者にあった治療技法を組み合わせる。今，抱えている問題に焦点をあて，問題解決を志向し，協同的実証主義を通じて患者自身の発見を促し，最終的には自己治療をめざす<sup>10)</sup>。

本特集のテーマは，精神療法の副作用であるが，一般に医薬品においては副作用という用語は，有害事象のうち医薬品との因果関係が否定できないものと定義される。これに対して有害事象は，医薬品の使用（治療）と時間的に関連のある，好ましくない，意図しないあらゆる徴候，症状，または疾病のことであり，当該治療との因果関係

の有無は問わない<sup>4)</sup>。本稿では因果関係の明確でないものも含めて，幅広く有害事象として紹介する。CBTの有害事象には，CBTが適正に実施された場合とCBTが適正に実施されない場合との2つに分けることができる。一般に薬物療法の場合は，適正に治療は実施されているとして有害事象を論じることがほとんどで，例えば，薬物療法において何らかの事情によって活性が失われた薬品を投与するようなことは，通常想定されていない。これに対してCBTを含む精神療法においては，治療は均一のクオリティではなく，適正に実施されていないことによって様々な有害事象が生じる。

そこで本稿では，CBTが適正に実施された場合の一例として，CBTの無作為化コントロール試験（randomized control trial：RCT）からみた有害事象を紹介し，CBTが適正に実施された場合の有害事象について総括する。続いてCBTが適正に

実施されていないことによる有害事象として、CBT のもつ構造や特徴に伴う制約から生じる問題、CBT が適正に実施されていない場合の問題点とその対応、CBT を適正に実施するためのアセスメントとスーパービジョンの重要性について順を追って記載する。

## I. CBT が適正に実施された場合の有害事象

### 1. RCT からみた CBT の有害事象

CBT の有害事象に関して、精神療法内の比較 RCT において、薬物療法の RCT では必ず記述される有害事象について報告がないものも多い。さらに、CBT の有害事象について関心が高くないためか、方法のセクションにも有害事象の評価についての記載がない報告も多い。そこで、有害事象の報告が必ず行われる薬物療法を比較対象としたいくつかの RCT において、CBT の有害事象について概括する。

439 例の 12~17 歳の青年期うつ病を対象に、fluoxetine, CBT, fluoxetine+CBT, ピルプラセボの 4 群に無作為割り付けを行い、その効果を 12 週にわたって比較した研究が行われた<sup>5)</sup>。この研究において、自殺に関連する有害事象、自傷に関連する有害事象、精神医学的な有害事象、その他の有害事象について調査が行われた。自傷に関連した有害事象は fluoxetine+CBT 8.4%, fluoxetine 11.9%, CBT 4.5%, ピルプラセボ 5.4% であった。プラセボとのオッズ比でみた介入による危険度上昇は、fluoxetine+CBT 1.62, fluoxetine 2.39, CBT 0.83 であった。CBT では危険度上昇がないのに対し、fluoxetine では危険度上昇を認め、fluoxetine+CBT で中間の値を示したことから、CBT に自傷を予防する効果があることが推定された。自殺に関連する有害事象については、fluoxetine+CBT 5.6%, fluoxetine 8.3%, CBT 4.5%, ピルプラセボ 3.6% であった。介入による危険度上昇は、fluoxetine+CBT 1.60, fluoxetine 2.43, CBT 1.27 で、自傷と同様の傾向を示していた。精神医学的な有害事象に関しては、fluoxetine+CBT 15.0%, fluoxetine 21.1%, CBT 0.9%, ピル

プラセボ 9.8% であった。介入による危険度上昇は、fluoxetine+CBT 1.45, fluoxetine 2.57, CBT 0.1 であった。また、その他の非精神医学的な有害事象も、CBT では 0 例であった。

488 例の 7~17 歳の小児期の不安症を対象に、sertraline, CBT, sertraline+CBT, ピルプラセボの 4 群について無作為割り付けを行い、その効果を 12 週にわたって比較した研究において、自傷に関連する（自殺を含む）有害事象、身体医学的な有害事象、精神医学的な有害事象に関する結果が示されている<sup>8)</sup>。身体医学的な有害事象は、sertraline+CBT 41.4%, sertraline 50.4%, CBT 36.7%, プラセボ 46.1% で、精神医学的な有害事象は、sertraline+CBT 29.3%, sertraline 17.3%, CBT 9.4%, プラセボ 13.2% で、自傷に関連する有害事象は、sertraline+CBT 10.0%, sertraline 2.3%, CBT 5.8%, プラセボ 1.3% であった。

少なくとも 12 週間のセロトニン再取り込み阻害薬による治療にもかかわらず、中等症以上の重症度を有する 18~70 歳の強迫性障害 100 例を対象に、risperidone, 曝露反応妨害法, ピルプラセボの 3 群の無作為割り付けを行い、その効果を 8 週にわたって観察した<sup>9)</sup>。有害事象に関しては、エントリー時の中等度以上の有害事象が、risperidone 35.0%, 曝露反応妨害法 45.0%, ピルプラセボ 25.0% であったのに対し、8 週間の治療が必要な有害事象は、risperidone 88.2%, 曝露反応妨害法 57.8%, ピルプラセボ 72.2% であった。

これらのいくつかの RCT の CBT の有害事象について、RCT レベルのクオリティをもつ CBT においては、CBT の有害事象の頻度はピルプラセボと同等もしくは低いと考えられた。

### 2. 適正な CBT における一時的な情動の悪化

CBT においては、不安症に対する曝露、回避的なうつに対する行動活性化などのように、避けている情動に直面する必要があるため、長期的な症状の改善は期待できても短期的には情動の悪化を生じる場合もある。例えば、不安症を対象とした曝露では、不安になる場面に曝露し、意図的に不

不安を惹起させ、この不安は時間の経過とともに軽減することを体験する(図1)。最初から強い不安になる場面に曝露するのではなく、段階的に不安になる場面を設定して行う<sup>6)</sup>。また、うつ病ではネガティブな情動を避けるために回避・逃避的な行動をとっており、これらの行動がうつ症状の持続に強くかかわっていると考えられる。そこで行動活性化では回避行動に焦点をあてた介入を行うが、介入に伴い避けてきたネガティブな情動を再体験することになる<sup>7)</sup>。しかしながら、これらの一時的な情動変化は、時間的に関連するが、治療上不可欠な意図した症状の変化であり、定義的には有害事象にはあてはまらないものと考えられた。

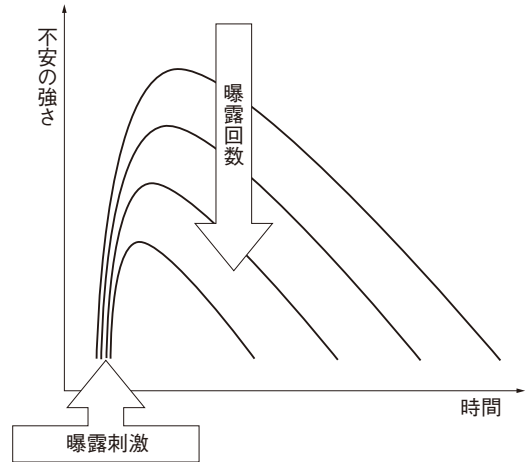


図1 不安症に対する曝露  
曝露刺激により不安は増悪するも、曝露を繰り返すごとに不安は小さくなる。

## II. CBT が適正に実施されない場合の有害事象

### 1. CBT のもつ構造や特徴に伴う制約から生じる問題

CBTは、患者自身が治療に協同的にかかわることが必須である。治療者は手助けや助言はできるが、患者の協力なしでは、治療者は患者の抱えるいかなる問題も取り除くことはできない。そのため患者のスタンスが問題解決モードになっていない場合、治療への動機づけが不十分な場合、障害の重症度が高く集中が困難な場合などには、治療が難しくなったり、中断することも多い。CBT治療の導入に向けてのアセスメントや導入ための工夫が重要となる。

また、CBTは短期の構造化された治療であるため、治療期間内に特定の問題に焦点をあて、患者の抱える問題をすべて取り扱うわけではない。むしろ、特定の問題の解決を通じて患者自身が自己治療をめざすスキルを習得し、問題解決の成功体験を経ることで自己効力感を取り戻す。治療期間中に取り扱えない問題も治療期間後に自己治療が可能となることをめざしている。そのため、スキルの習得が不十分であったり、成功体験を自覚できず自己効力感が低い状態では、治療後の自己治療は困難となる。

さらに、CBTは現在の特定の問題に焦点をあて、幼少期の不遇な体験のような重要な過去を

扱っていない、個人に影響を与える家族や環境要因などの広範な問題は扱っていないとの批判もある。しかし実際の臨床では、これらの問題を背景要因として十分理解し、縦断的な仮説を立てた上で、現在の個人の問題に焦点をあてた治療を行う。現在の個人の問題を中心にすえた上で、そこに関連する過去や取り巻く環境も含めて取り扱うこともある。これらの複雑な精神医学的な問題を抱える場合は、アセスメントに基づく治療期間の延長を行う必要もある。

CBTでは、多くの精神障害に対して構造化された標準的な治療マニュアルが存在する。経験の浅い治療者は“料理解説書から学ぶがごとく”マニュアルを用いた治療を行おうとするかもしれない。しかしながら、すべての患者に対して画一的に適用できるようなものは存在しない。例えば、先述した不安症への段階的曝露課題設定においては、基本的なメニューは同じであるが、自覚的な苦痛の程度 (subjective unit of distress : SUD) から症例ごとに段階的に設定し、曝露課題の実施に関しては、患者の状態に応じて柔軟に対応する。CBTは患者をいくつかの要因(認知、行動、情動、身体)に還元し、理解しようとしていることは事実であるが、患者は様々な背景をもち、それ

ぞれに異なる精神医学的な特徴を有している。そのため、治療に際してはある要因に注視するだけでなく、全人的な視点で様々な要因に配慮する必要がある。

すなわち、患者の動機、重症度、背景要因、併存症（コモビディティ）などに応じて CBT の原則に依拠しながら柔軟に対応することで CBT のもつ構造や特徴からくる制約は避けることができる。このアセスメントに基づいた柔軟な対応なしでは、CBT が効果をもたないだけでなく、有害なものになってしまう可能性がある。

## 2. CBT が適正に実施されていない場合の問題点とその対応

表 1 に、平成 25 年度厚生労働科学研究「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」報告書<sup>3)</sup>より抜粋した厚生労働省うつ病の認知行動療法研修事業の受講者のセッションのスーパービジョンより抽出された有害事象場面を示す。これらのほとんどは、治療者の知識不足、技術不足、経験不足によって生じると考えられる。

CBT の経験が少ない場合に、CBT の技法に目が行きがちであるが、CBT を行う以前に治療関係を構築するために、患者の体験に沿った適切な精神療法的かわり（温かく共感的な態度）が重要である。また、個々の CBT 技法に傾注するあまり、治療的なアプローチを自分自身のスタイルに統合することなしに、ロボットのように決まり文句を繰り返すこともある。さらに、その時点で適切な技法であるか否かを考慮せずに、治療者にとって魅力的な技法を試みようとするかもしれない。CBT では、どの程度内容を理解できているか、コミュニケーションをどのように感じているか、取り上げる問題、治療の進め方、用いられる技法がじっくりくるかなど、治療セッション中に患者からの頻回のフィードバックを得る。これらの患者のフィードバックをもとに、治療セッション中に修正を図る必要がある。

表 1 厚生労働省うつ病の認知行動療法研修事業の受講者のセッションのスーパービジョンより抽出された有害事象場面

- 
- ・心理教育を行う際、患者の体験に沿った説明を行わないために、患者が治療に対する拒否感
  - ・症例を概念化した際、誤った理解を患者に伝えることで、理解してもらえていないという不信感
  - ・行動活性化をする際に、行動を強いることで治療関係の悪化や、疲労の蓄積、集中力低下
  - ・行動活性化を厳密な計画を立てずに行ったために、失敗体験となり抑うつや不安が悪化
  - ・認知再構成を行った際に、変化をさせられると理解し抵抗感
  - ・認知再構成を行うときに、過去のつらかった状況を想起させることで不安や抑うつが惹起
  - ・誘導的質問法を用いて会話を進めていく際、治療者の望む答えを引き出そうとして質問を繰り返すことで、患者は焦燥
  - ・スキーマを共有する際に、ネガティブな人間的特徴として患者がとらえることで悲嘆
  - ・問題解決技法を用いる際、問題に直面することで抑うつが悪化し、問題を解決することを回避
  - ・曝露技法を用いる際に、不安が惹き起される回避行動
  - ・アサーション技法を用いた実際の場面、患者自らの意見を言い過ぎて対人関係が悪化
  - ・アジェンダを設定する際、治療者が一方的に設定することで患者が話したい内容とならず、不満
  - ・患者の話した内容をまとめてフィードバックする際、本人の意図することと異なった一方的な解釈
- 

## 3. CBT を適正に実施するためのアセスメントの重要性

CBT を適正に実施するために CBT 導入前の症例のアセスメント、治療計画作りが肝要である。問診の中で、現症、現病歴、生育歴、現在の問題点、患者の認識・対処行動、心理・社会的サポートを聴取し、アセスメントを行う。そこでは認知行動療法の適否も含めて一般精神医学的評価を行い、認知行動療法的アセスメントを重ね、「患者を理解」（仮説）して治療に望む。CBT を行っていく中で導入前にたてたアセスメントの検証も必要である。特に、CBT を施行中に、治療者や患者が混乱したとき、解決すべき問題点が曖昧になったとき、症状の改善が得られないときなどは、もう一度、アセスメントに戻ってみる必要がある。

CBTの治療セッションが適正に実施されているかを評価するための質問紙としてCognitive Therapy Scale (認知療法尺度)<sup>10)</sup>がある。このスケールでは、基本的な治療スキルの評価として、「アジェンダ」「フィードバック」「理解力」「対人能力」「共同作業」「ペース調整および時間の有効使用」の6項目、概念化、方略および技術として、「導かれた発見」「中心となる認知または行動に焦点をあてる」「変化へ向けた方略の選択」「認知行動的技法の実施」「ホームワーク」の5項目より構成されている。

#### 4. CBTを適正に実施するためのスーパービジョンの重要性

Khurshidら<sup>2)</sup>は、治療者が習得すべきCBTに関する能力として4つのレベルを挙げている。第1レベルは、心理・社会的治療における一般的な能力で、すべての精神療法に共通する必須能力であり、治療者としての温かさ・受容力などに始まり、患者と信頼関係を構築して協働的に治療を進めるための能力である。第2レベルは、CBTの基礎知識で、CBTの基礎理論や治療の進め方の理解のことであり、認知行動理論を患者に教育すること、患者と協力しながらセッションのアジェンダを設定すること、ホームワークを出すことなどが含まれる。第3レベルのCBTの実践能力は、具体的な治療スキルと、個々の問題への対応能力である。前者は、段階的曝露、ソクラテス的質問法、認知再構成などのスキルが含まれる。後者は、うつ病、不安症、物質関連障害など、各病態に対して特異的に理解・習得すべき能力である。第4レベルのメタ能力とは、上述のすべてのスキルを、個々の症例のニーズと特徴、タイミングを考慮して、適切に適用する能力のことである。

上記の4つのレベルの能力を習得する上では、それぞれに対応した学習方法が重要であるとされる<sup>1)</sup>。第1レベルは、本来はCBTのトレーニングを開始する以前に習得すべき段階であり、第2レベルの習得は、CBTの基礎理論と治療構造の習得を目標に、講義、文献学習、陪席、ロールプレイ

などを通じて行われる。第3レベルと第4レベルの習得は、スーパービジョンを受けながら、症例を担当することで行われる。すなわち、第3・4レベルの能力は、CBTの実践スーパービジョンの中で涵養される。したがって、CBTが適正に実施されていないことに伴う有害事象を低減するためには、CBT治療を始める際にスーパービジョンの受講が必須である。2011年度より始まった厚生労働省CBT研修事業では、第2レベルの学習の目的で、2日間の基礎研修の修了後、第3・4レベルの学習を目的として2例のスーパービジョンを必須項目としている。

#### おわりに

2010年度より、うつ病に対するCBTが、保険診療報酬化されたこともあり、安易なCBT導入が問題視されている。CBTの有害事象の多くは、治療者の知識不足、技術不足、経験不足による適正に実施されていないCBTのクオリティの低さが関連していると考えられた。RCTの研究結果からみるとCBTの有害事象はピルプラセボと同等もしくは低いため、有害事象の軽減のためには少なくともRCTレベルのクオリティをもつCBT治療介入をめざす必要がある。そのためには、治療前や治療中の患者状態の頻回のアセスメント、セッション後には治療評価尺度の利用、CBT治療を始める際には録音に基づく個人スーパービジョンなどが重要と考えられた。内容的に不十分な部分も多いとは思いますが、本稿を通じてCBTの適正な実施にいくらかでも寄与することができれば望外の喜びである。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

#### 文 献

- 1) 藤澤大介：精神科専門療法の教育研修に関する取り組み—認知行動療法—。精神経誌，SS14-20，2012
- 2) Khurshid, K. A., Bennett, J. L., Vicari, S., et al.: Residency programs and psychotherapy competencies: a survey of chief residents. Academic Psychiatry, 29: 452-458, 2005

- 3) 菊地俊暁：認知行動療法の副作用を評価するツールの開発。平成 25 年度厚生労働科学研究「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究（主任研究者：大野裕）」総括・分担研究報告書。厚生労働省，2012
  - 4) 久保田潔：安全性評価 有害事象と副作用はどう評価されているの？ 薬事，54；2155-2158，2012
  - 5) March, J., Silva, S., Petrycki, S., et al. : Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression : Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA, 292 ; 807-820, 2004
  - 6) 中野有美：パニック障害の認知行動療法の実際。医学のあゆみ，242；510-514，2012
  - 7) 岡本泰昌：うつ病の行動活性化療法。医学のあゆみ，242；505-509，2012
  - 8) Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., et al. : Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. N Engl J Med, 359 ; 2753-2766, 2008
  - 9) Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., et al. : Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder : a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 70 ; 1190-1199, 2013
  - 10) Wright, J. H., Basco, M. R., Thase, M. E. : Learning Cognitive Behavioral Therapy, an Illustrated Guide. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2006 (大野裕監訳：認知療法トレーニングブック。医学書院，東京，2007)
-

## Adverse Events and Precautions Regarding Cognitive Behavioral Therapy

Yasumasa OKMAOTO<sup>1)</sup>, Ran JINNIN<sup>1)</sup>, Atsuo YOSHINO<sup>1)</sup>, Toshiaki KIKUCHI<sup>2)</sup>,  
Yumi NAKANO<sup>3)</sup>, Masaru HORIKOSHI<sup>4)</sup>, Yutaka ONO<sup>4)</sup>

- 1) *Department of Psychiatry & Neurosciences, Hiroshima University*
- 2) *Department of Psychiatry, Kyorin University*
- 3) *Department of Psychology, Sugiyama Jogakuen University*
- 4) *Center for Cognitive Behavioral Therapy and Research, National Center of Neurology and Psychiatry*

Adverse events of cognitive behavioral therapy (CBT) can be used to identify two types depending on whether or not CBT is practiced appropriately. The results of a randomized control trial (RCT) when CBT is performed effectively show that the rate of adverse events is as low as, or lower than, that on using a pill placebo. Many adverse events are associated with a low quality of CBT caused by inappropriate practice due to therapists' lack of knowledge, skills, and experience. In order to achieve effective CBT for RCT, it is considered important to frequently assess the status of patients before and during CBT sessions, utilize the Cognitive Therapy Rating Scale after the session, and conduct supervision based on audio recordings of the session.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : cognitive behavioral therapy, adverse event, side effect, precaution>

---