

## 内科開業医が試みる禁煙 CBT

安陪内科医院 安陪隆明

当院は内科の診療所であり、一般的な内科診療に携わっていますが、その一方で禁煙治療（ニコチン依存症の治療）にも力を入れています。

タバコは依然として日本では「嗜好品」という捉え方をされていることが多いのですが、医学的に見れば、タバコに含まれるニコチンは脳内報酬系のニコチン性アセチルコリン受容体に直接結合してドーパミンを放出させる「精神に作用する薬物」に他なりません。

タバコ（ニコチン）を毎日吸い続けると、やがてタバコを吸わなければ（ニコチンを摂取しなければ）、不安、抑うつ、不快感といったストレス、苦痛に苛まれるようになります。これがニコチンの離脱症状であり、ニコチンの身体的依存の原因となるものです。この離脱症状である不安、抑うつ、不快感といったストレス、苦痛はタバコを吸えば（ニコチンを摂取すれば）軽減されるため、喫煙者は「タバコが自分の心を落ち着かせてくれるもの」と錯覚するのですが、実はそのストレス、苦痛の元であるニコチンの離脱症状の原因はタバコそのものです。しかし、タバコが吸えない（ニコチンを摂取できない）ストレス、苦痛と、そしてタバコを吸った時の（ニコチンを摂取した時の）ストレス、苦痛からの解放は、喫煙者の日常生活を大きく支配するようになるため、喫煙者が、喫煙を続けることに健康上の問題や社会的問題を感じていても、多くの喫煙者は禁煙することが困難となります。すなわちタバコ（ニコチン）は医学的に見れば「依存性薬物」に他なりません。そして禁煙治療とは、依存症治療のひとつということになります。しかし日本ではまだこれらの認識が一般に広まっているとは言い難い現状にあります。

さて禁煙の際に、この離脱症状を緩和して禁煙を補助するのが、ニコチンパッチやパレニコリン等を用いた薬物療法となります。現在の日本の禁煙治療ではこ

## 第61号の発刊にあたって

今回は、内科の外來で禁煙治療を行っている安陪隆明先生、加濃正人先生から、禁煙治療、禁煙サポートに対する認知行動療法（CBT）や論理情動行動療法（REBT）についてご寄稿いただきました。

今回の第12回日本認知療法学会は、本年11月23日（金）～24日（土）に堀越勝会長（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）のもと、東京ビッグサイトで開催される予定です。詳しい情報につきましては、学会ホームページをご覧ください。

の薬物療法が禁煙治療の主流となっており、また保険適用にもなっています。当院でもこの禁煙の薬物療法を中心に積極的に禁煙治療を行っているのですが、残念ながらこの薬物療法だけでは禁煙がうまくいかない禁煙希望者も少なくありません。なぜ離脱症状の緩和だけでは禁煙がうまくいかない場合が少なくないかというと、それまでの（多くの場合、数万回から数十万回の）喫煙行動の体験から、「ストレス、苦痛を感じたときに、もっとも手っ取り早くそれらを緩和してくれるのはタバコを吸うことである」「タバコを吸わなければ、その後耐え難いストレス、苦痛に苛まれ続ける」などといった認知が成り立ってしまい、そのために、これらの思いに捉われ続ける限り喫煙行動を消去することが困難となっているのではないかと、いう仮説が考えられます。そこで当院では薬物療法だけではうまく禁煙導入できない患者さんや、一応禁煙導入はできるけれども辛い思いを抱え続ける患者さんに対して、薬物療法に加えて認知行動療法（CBT）の

\*日本認知療法学会事務局  
E-mail jact-admin@umin.ac.jp  
URL <http://jact.umin.jp/>

併用も試みているところです。

ただし、当院は一般内科臨床に携わる内科開業医という仕事上、本来の診療時間の間に禁煙希望者全例に対して自動思考の同定や認知再構成法を行うことなどは不可能です。また薬物療法のみで禁煙導入できる患者さんも多くおられます。

そこで当院では、まず初診時には昼休憩時間を利用して予約制で全例に1時間の面談時間を設け、(発達障害や精神疾患、認知症などを合併して理解力に問題がある患者さんなど以外には)ニコチン依存症についての心理教育を行っています。この心理教育では、タバコがやめにくいのは単に「意志が弱い」といった問題ではなく、ニコチンという薬物が直接脳に作用しているために依存症という病気になっているのだということ、また、だからこそ薬物療法を行うと禁煙しやすくなるが、薬物療法は認知面に作用するわけではないので限界があり、また再喫煙(ニコチン依存症の再発)には無効であること、そして薬物療法だけで困難な場合には、別に面談の時間を設けて対処方法を一緒に考えていくことができる(CBTができる)といったことなどをお伝えしています。後で禁煙導入成功者にお話を伺うと、この初診時の心理教育が良かったという感想を述べられる方が多いようです。

また禁煙カレンダーという簡単な日記をつける用紙も初診時にお渡しし、いつ頃に何本吸ったか、またその時の気持ちはどうであったかを記録していただきます。

この初診時に薬物療法も開始し、2週後に(今度は普通の一般診療の時間帯に)2回目の受診をしていただきます。この2回目の受診またはそれ以降の受診でスムーズに禁煙導入できている方については、以後は薬物療法のみで加療を続けることとなります。しかし、禁煙導入がうまくできていない方や、一応はできているけれども心理的にかなり辛い思いを訴えられる方などに対しては、CBTの面談をお勧めし、その中でも昼休憩の時間帯や一般診療が終わった夕方の時間帯に面談時間が取れるという方に対してCBTを行っています。

喫煙行動をCBTのモデルに当てはめた場合、ストレス、苦痛を感じたときや、落ち着きたいときのコー

ピングのひとつが喫煙行動だと考えることができます。そしてこの喫煙行動は、健康面や社会面で多くの問題を起す「不適切なコーピング」であり、この不適切なコーピングをやめて、「適切なコーピング」に替えていこうというのが、禁煙のCBTの基本的な考え方となります。

そこで禁煙のCBTの進め方としては、まず喫煙行動が生じたときの状況(先行刺激)などを伺い、そのときにどのような自動思考が生じて、喫煙行動に至ったかを面談で訊いていきます。そしてこの自動思考がどのような感情や喫煙行動と結びついているかを検討していき、喫煙行動という不適切なコーピングではなく、その他の適切なコーピングに替えられないかどうか、同定した自動思考以外の別の思考を患者さんと一緒に検討していきます。

例えば、禁煙の薬物療法を行っているにもかかわらず、仕事からの帰り道にタバコを買って吸ってしまう喫煙者の場合、「家にこのまま帰ってタバコなしでは寂しい」「今回だけ買って、それで最後にしよう」という自動思考が働き、そこから「落ち着かない」「寂しい」といった気分・感情が生じ、結局タバコを買って吸ってしまう行為から離れられないことがわかりました。このような自動思考に対して認知再構成法を用いて検討を加え、「家にこのまま帰ってタバコなしでは寂しい」という自動思考に対しては、「こう考えると、ますます寂しくなり落ち着かなくなる」「他人に対してなら、少し寂しいくらい我慢しろと言える」「別なことに集中すれば夜も過ごせるのではないか」といった新しい思考が、また「今回だけ買って、それで最後にしよう」という自動思考に対しては、「こう考えていることによって、延々とループし、いつまで経ってもやめられない」「他人に対してなら、ここで買ったらまた同じことの繰り返しだから買うなと言える」「タバコがなくなったときこそ、もうこれ以上買わないと思おう」といった新しい思考が出てきました。この新しい思考に基づいて、行動を変えてみる……といったような形になります。

このように当院では禁煙のCBTを試みているところです。

## 病院禁煙外来における REBT

新中川病院 禁煙外来 加濃正人

### 1. 禁煙治療の枠組み

筆者が担当している禁煙外来は、内科を中心とする150床の慢性期病院の外来部門にある。私はもともと内科医として雇用され、午前中から午後3時までは病棟業務を担当している。午後3時～5時を禁煙外来枠に充て、一般的な心理相談室の枠組みを踏襲し、1枠50分で1日最大2名までの予約診療を行っている。

禁煙外来を開設したのは2004年からだが、当初は一般的な内科医としての知識しかなく、禁煙を希望して来院した患者にニコチンパッチを処方し、一般的な禁煙の方法を助言するだけの指導であった。それだけではなかなか禁煙に到達できない患者が多く、そのときに思い至ったのが「心理療法」「カウンセリング」という言葉だった。認知行動療法の書籍を読み、専門学会の研修コースに参加してREBT（論理情動行動療法；人生哲学感情心理療法）を学ぶとともに、2007年には臨床心理士の資格も取得した。

さて、2006年から禁煙治療は保険適用となり、禁煙治療の管理料を算定している期間は禁煙補助薬（当初はニコチンパッチ、2008年からバレニクリンも追加）も保険で処方できるようになった。ようやくニコチン依存症の治療制度が他の依存症に追いついてきたともいえるが、残念ながら種々の社会的事情のために、管理料を算定できる回数や期間には厳しい制限が設けられている。回数は初回およびその2・4・8・12週後の計5回、期間は12週間である。いちど治療を受けた者は、治療初回日から12カ月後以降でなければ再治療を受けられない。当院では、治療期間中に管理料を算定しない診療回を追加できることを利用して、各管理料算定回の間にも1回ずつ面接を行い、初回とその1・2・3・4・5・8・10・12週後の計9回という治療スケジュールにしている。さらに、初回治療の前に必ず内科診療としてのガイダンス面接を受けていただき、日程の確認や守秘義務・予約・キャンセル等に関する書面合意を行っている。

予約制で行う外来診療に対しては、選定療養費として予約料を設定することが可能である。禁煙外来枠ではこの制度を利用して、保険診療の算定と同時に一定額の予約料を患者から自費徴収している。さらに、気分障害を有する患者は12週間ではなかなか禁煙治療が完結しないことも多いが、そのような場合には、2010年の診療報酬改訂で新設された認知行動療法の保険算定（16回まで）を適用することもある。

初回から3回目程度までは服薬指導、依存に関する心理教育、生活指導などに費やすため、REBTを導入するのは4回目以降になる。その時点で禁煙のスタートができていなければその状況についてREBTで検討する。スタートできていても、禁煙または禁煙以外のテーマ（過食、対人関係等）で懸念事項があればREBTで検討する。後に述べるように、REBTはさまざまな自滅的行動の背景に存在する共通の信念を標的にするため、テーマとする問題が禁煙以外のものであっても、将来の再喫煙防止に役立つ可能性がある。

### 2. 認知再構成法とREBTの差異

CBT（とくに認知再構成法）とREBTはよく似た技法であるが、異なる部分もある。前者が認知における推論の誤り（を含め非機能的認知全般）に焦点を当てて再検討を図るのに対して、後者は、推論の誤りには敢えて焦点を当てず、推論が事実であると仮定した場合に励起される信念を抽出して修正しようとする。

たとえば、「吸わないと友人関係が破綻する」と嘆く患者に対して、認知再構成法では「破綻する可能性は何%か？」という問いかけをするかもしれない。それによって患者は「結論の飛躍」「全か無思考」といった推論の誤りに気づき禁煙の継続が可能になる可能性がある。推論の誤りに対するアプローチが功を奏さない場合、はじめて信念の同定にとりかかる（下向き矢印法）。しかし、REBTでははじめから『吸わないと本当に友人関係が破綻する』と仮定したうえで「なぜ友人関係が人生に必須だと決まっているのか？」と哲学的な問いを投げかける。これにより、他者との関係を絶対視する人生観を再検討する機会が生まれ、やはり禁煙の継続が可能になる。推論の誤りに目を向けないのは、悪い結果に遭遇する場合に励起される「許

されない」「耐えられない」等の信念を明確化しやすくするためである。

認知再構成法の利点は、推論の誤りを患者も治療者も発見しやすく、修正して認知を再構成する試みも比較的簡便にできることである。一方、REBTの利点は、さまざまな推論の誤りの背景にある人生観としての信念を変容させることを試みるために、新たな信念を獲得できれば、さまざまな問題状況を一挙に好転させることができることである。

### 3. 禁煙治療における REBT

ニコチン依存では、喫煙直後からゆっくり発現し漸増する離脱症状が、ニコチン摂取によって即座に緩和される「負の強化」によって喫煙行動が維持される。ニコチン自体に快感を生起させる中枢効果はないので、離脱症状のない状態ではニコチンの報酬効果は存在しない。喫煙者が人生で最初に吸うタバコや、禁煙してしばらくして吸うタバコが不味いと感じるのはこのためである。これは、初回使用時から一定の中枢作用を発揮する他の多くの依存性物質と、ニコチンの大きく異なる点である。

ところが、喫煙者の主観としては、離脱症状だけでなくあらゆる不快感覚全般が喫煙で打ち消されるように認識されるので、「タバコはストレス解消になる」との推論の誤りが生じやすい。この推論の誤りは、うつ病などに見られる悲観視方向の偏りではなく、むしろ楽観視方向の偏りであるが故に、修正しようとする治療の試みに対して強い抵抗が生じる。一種の疾病利得と言ってもよい。このため、ニコチン依存では「タバコはストレス解消になる」「自分だけは肺がんにならない」といった認知を再構成する支援を協働的に行うことがきわめて難しく、一歩間違えると単なる医学知識の押しつけになってしまう危険がある。

REBTでは、推論の誤りを標的にせず、その背景にある信念に介入する。患者が「タバコはストレス解消になる」と感じていても、その認知はひとまず真実だと仮定して、「ストレスの解消は絶対に必要なか？」との論点で患者と話し合うことになる。そのような検討が成功すると、患者は「禁煙してストレス解消のアイテムがなくなっても、吸い始める前に戻るだけだか

### 第12回日本認知療法学会 開催のお知らせ

大会長 堀越勝

(国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)

第12回認知療法学会・第13回認知療法研修会を、2012年11月23日(金)から25日(日)の3日間、東京ビッグサイトにて開催するはこびとなりました。今大会は、「多職種による協働をめざして—チームによる認知療法—」をテーマとして準備を進めております。

基調講演には、Stefan G. Hofmann先生(ボストン大学教授)をお招きする予定です。特別講演では、Katharine Larsson先生(ボストン行動医学センター)、古川壽亮先生(京都大学)にお話しいただく予定です。

その他にも、大会企画シンポジウム、自主企画シンポジウム、口頭発表、ポスター発表、20件を超える研修会を予定しております。

第12回大会事務局一同、皆様にとって有意義な3日間になりますようお願いしております。ご参加を心よりお待ちしております。

ら大きな支障はない」と気づいたり、あるいは「ストレスを解消するのは健康を維持して家族を養っていくのに必要だからで、健康や家族を犠牲にしてストレスを解消するのは本末転倒だ」と気づいたりする。この結果、禁煙関連の状況に限らずさまざまなストレス状況に対する耐性が全般的に高まることになる。また、ストレス解消の必要性を過大視する信念が消失すれば、その信念を背景にした推論の誤りも起こりにくくなり、「喫煙はストレス解消に役立つ」という認知も自然消失していくことが多い。

面接の中で生み出した新しい信念は、すぐに患者の実生活に根付くわけではない。カード等に書いて持ち歩き、喫煙衝動が生起する場面など問題状況で奏功するかどうかの行動実験を宿題として繰り返すことで、徐々に新しい信念を行動選択の規範とすることが強化され、自らの人生哲学としてなじんでいく。当院での治療成功率は全国禁煙外来平均の約3倍だが、REBTのみならず動機づけ面接法など他の技法も治療に取り入れているため、REBT単独での治療効果についてはRCTを含め今後の検討を計画している。