

急性ストレス障害の阪神・淡路大震災被災者 に対する眼球運動による脱感作法 (EMD) の 適用

琉球大学教育学部 市井 雅哉

東北大学医学部 熊野 宏昭

1. 問題

先の阪神・淡路大震災では5000人を超える方が亡くなり、その何十倍の方がケガをし、家族、住居、家財道具を失った。この未曾有の大災害を体験したほとんどの人は、異口同音に死を覚悟したと報告しているし、大きなマンションやビルの倒壊、大きな火災などを目撃して強度の不安や恐怖を感じたことを報告している。マスコミもPTSD(心的外傷後ストレス障害)という言葉を用い、被災者の精神面のケアの必要性を盛んに説いた。本論文で取り上げる急性ストレス障害(注1)は、心的外傷後ストレス障害の予備群とも言うべき障害である。DSM-IVの診断基準(APA, 1994)は、大まかに言えば、(A) 外傷的出来事の体験、(B) 解離性の症状の経験、(C) 出来事の再体験(フラッシュバックなど)、(D) 想起させる刺激の著しい回避、(E) 強い不安症状と覚醒亢進、(F) 機能の障害、(G) 最低2日、最大4週間、(H) 他の疾患の一過性の症状でない、となっている。(G) が1カ月を経過すればPTSDへと診断名が変わるのである。

著者らはこの阪神・淡路大震災の体験から急性ストレス障害を発症した2名のクライアントに対して、震災1カ月後にEMD(注2)(Shapiro, 1989)を適用し、著効を得た。

EMD(眼球運動による脱感作法)は、Shapiroが1989年に発表し、その後手続き、適用範囲等かなりの発展を遂げ、1990年頃からはEMDR(眼球

運動による脱感作と再処理法)と呼ばれている(Shapiro, 1991)。EMDRはPTSDを初め、恐怖症、その他さまざまなトラウマの治療に大いに効果を發揮して、発表以来の6年間で12000人の臨床家がこの治療のトレーニングを受けた(Shapiro, 1995a)というように、今日最も急速に成長を遂げている治療法と言えよう。今日のEMDRに比べると元々のEMDは系統的脱感作法の手續きにかなり似た趣を持つ。EMDの手續きは大変シンプルで、クライアントは、最も外傷的なイメージを思い描きながら、治療者が眼前で左右に動かす指を追う形でリズムカルに目を左右に動かす。この繰り返して、急速に不安は消失する。系統的脱感作法との比較で語るとすれば、①前もってリラクゼーション技法を獲得させる必要がない、②最も外傷的な場面を使っていきなり脱感作が行えるため不安階層表を作る必要がないの2点を指摘できる。結果として、非常に短期間で(時には1セッションで)治療が終結し、再発も見られない(Shapiro, 1989a)。

このEMDを心的外傷後ストレス障害に対する予防的な介入技法として、大きな災害後の早い時期に適用する可能性があるのではないかと考え報告する。これまで日本においてEMDとEMDRはかなり混同されていたので、今回EMDRとEMDの違いについても議論したい。

2. 方 法

【一般的なEMDの実施方法】まず、一般的なEMDの手續きについて述べる(Shapiro, 1989a)。①最も中心的な、最も恐い場面を1つ選んでもらう。②それを思い浮かべる。③その映像を思い描いた今、感じる不快な感情、認知、身体感覚を明らかにする。感情の強さはSUD(主観的障害単位: Wolpe, 1982)でその強度を評価する。④その場面でこう思えたらいいなという望ましい認知を聞く。現時点でのその認知のもっともらしさ(VoC: Validity of Cognition)を答えてもらう(注3)。⑤目を閉じて問題の場면을イメージする。⑥思い描いたら目を開け、治療者の指を目で追う。指は、クライアントの眼前約30~50cm位で40~50cmの幅で左右に、1秒に2往復程度の速さで動かす(この眼球運動を一般的な「眼球運動」と区別する意味でEMと呼んでおく)。⑦20~30往復程度のEMを1セッションとし、終わっ

たら、一旦イメージを消し深呼吸させる。⑧イメージがどうなったかを問い、またイメージに対してのSUDを聞く。⑨⑤～⑧を何度か繰り返す。⑩イメージへのSUDが0～1に低下したら、望ましい認知のもっともらしさを聞き、この望ましい認知が9～10になるまで、イメージとその望ましい認知を頭において、再びEMを行う。

【治療のセッティング】筆頭著者はボランティアとして、神戸市中央区にあるクライアントの勤める民間の生命保険会社を訪問することとなった。カウンセリングを希望する社員を総務の担当者に前もって募っていただき、2日間に5人の社員と面接を行った。5人のうち地震や余震への恐怖感が強かった2人にEMDを適用した。

3. 症例その1

【クライアント】治療時25歳の未婚女性で、生命保険会社の営業職。

【主訴】将来に対して不安である。よく眠れない。震災で目撃した光景（火災、死体）を思い出してイライラする。タバコの本数が激増した（10/日→40/日）。

【家族構成、生活歴】実家は東京で、母と弟がいる。父親は、本人が10歳時に離婚して別居している。

神戸にはこの職についた2年前に来て、アパートで1人暮らしを始め、環境や仕事にやっと慣れてきたところだった。治療時点ではアパートが倒壊しているため会社の寮で何人かと相部屋で生活している。

【現病歴】震災時、クライアントの住むアパートは神戸市須磨区にあったが、築40年で1階部分はずぶれていた。その日顧客のいる長田に行き、燃えている家の上の方で助けを求める人、出血死した白い死体を目撃した。いつもいくタバコ屋の店の場所にも花が生けてあった。震災直後、ガス臭いような場所でも我慢できずにタバコを吸ってしまった。

治療時点では、会社の寮から毎日通勤しているが、仕事への意欲がわかず、営業の競争に勝ち残る自信もない。顧客回りやテレビで地震の話題が出るのが耐えられない。このまま神戸でがんばるか、東京へ帰るか迷っている。胃やのどに不快感があり、夜イライラして眠れない。過食気味でいくら

表1 症例その1 治療経過

イメージ：「火事の火が燃え広がっていく」		
	SUD	認知：「あれは終わったことだ」と信じられる程度
プリテスト	8	
1回目	7	
2回目	6	
3回目	3	
4回目	1	6
5回目	0	7
6回目	0	9
7回目	0	10

食べても満腹感が得られない。タバコの本数が増えた。

【治療経過】 クライアントが、地震への恐怖感をとることと、今後の生活設計を立てることでは、前者の方を望んでいると言うので、EMDを実施した。

このクライアントが最も恐いイメージとして選んだのは、長田で目撃した「火事の火が燃え広がっていく」イメージであった。脱感作の手続きを行う前の時点でこのイメージのSUDは10点満点の8であった。望ましい認知は、「あれは終わったことだ」だが、この時点ではそう思えないと答えていた。表1に示したように、もともとSUDが8だったが、4セットのEMの後にはSUDは1となった。その時点では、「あれは終わったことだ」を信じられる程度は6であり、さらに4セットを続けると、SUDは0、望ましい認知を信じられる程度は、10へと上がり、ここでEMDを終了した。

たった1回きりの面接であり、何かセルフコントロールの方法を教えたいと考え、EMDのセルフユースの方法を教えた。さらに自律訓練法の右腕の重感練習を行い、自分でのやり方を説明して面接を終えた。

【フォローアップ】 治療後3カ月を経過した時点で電話でフォローアップを行った。治療後、夢やイメージに悩まされることはなく、夜考え事をすることもなくなった。いろいろ迷った末、会社は5月初めに退職し、東京で新しい職を探していた。タバコの本数は減っていないが、食欲は正常。胃やどの不快感はない。自律訓練法はときどき思い出したように月に2、3回やっ

た。友人にもEMDを伝えたが友人はうまくいかなかったとの報告も受けた。治療後5カ月経過した時点では、7月から新しい職（事務職）につき、タバコの本数は地震以前の水準に戻ったとの報告を受けた。

4. 考 察

このクライアントでは、EMDによって、イメージが急激に薄れ、それに伴って恐怖感も急激に低減した。さらに、SUDが0になった後も、望ましい認知を頭において、EMのセットを行うことでその望ましい認知が植えつけられていく。EMDやEMDRでは脱感作の後にこの植えつけの段階を置いており、これは系統的脱感作の手続きと大きく異なる点である。また、EMを不安拮抗反応と考えて、EMDやEMDRを従来の学習理論の枠の中で考えようとする際に、説明できないのもこの過程である。

地震への恐怖を取り除くことと、生活の立て直しを行うことは関連はしているとしても、異なる過程である。今回の介入は1度きりという特殊な介入であるため、生活の立て直しに関しては本人に全面的に委ねることとなった。アメリカのベトナム帰還兵のPTSDの治療の場合、症状がなくなること、政府からの援助が打ち切られてしまうため、治療効果が上がらないという二次的疾患利得の問題が指摘されている（Shapiro, 1995b）。恐怖を取り除くことでより積極的に生活の立て直しに向かえるようなサポートが望まれることは言うまでもない。

EMDは手続きの単純さから誰にでも実施可能な印象を与える。しかし、治療者とクライアントの人間関係、効果的な実施方法など、訓練を積んだ臨床家の資質が要求される部分は大きいようだ。筆者らは1度きりの面接という限られた状況からセルフユースの方法を伝授したが、クライアントが伝えた友人では成功していない。セルフユースの方法を教える際には、素人が他人に伝える危険性も十分に考慮する必要があるだろう。

5. 症例その2

【クライアント】 治療時28歳既婚女性。生命保険会社の営業職。

【主訴】 地震の夢をよく見、早朝覚醒する。企業回りなどの時、1人である

と不安を感じず。会社を辞めたい。仕事への意欲がわからない。余震で涙が出た。

【家族構成、生活歴】 数年前に結婚した。子供はまだいないが、結婚と仕事の両立が難しく、地震以前から退職を考えていた。

【現病歴】 地震時は、兵庫県内の実家で寝ていた。テレビの報道などでも記憶がよみがえり怖い。家がつぶれる夢を見る。いつ大きな余震が来るかわからないと思う。お客さん回りでも地震の話が必ず出るので、地震のことは避けたいと思ってしまい仕事そのものに積極的になれない。

【治療経過】 余震への恐怖感が強かったことからEMDを実施した。表2にこのクライアントの治療経過を示した。このクライアントは1人目のクライアントと異なり、イメージが変化していき、SUDの低下も順調ではなかった。最初は「あの地震」のイメージからスタートした（注4）。この時点でのSUDが6とやや低く感じられた。1セット目が終わるとイメージがないとの報告で、SUDが7と上がっていた。クライアントが地震のことを想起するのを恐がって、ためらっていると感じられたため、「明確にイメージすることが治療のために大事」であることと「必ずその恐怖が薄れる」ことを説いてはつきりとイメージするよう促した。その結果次のEMのセット後には体の揺れを再体験し、震えも感じて、SUDが8へと上がっている。次のセットで、少し落ち着き、SUDは6へと下がったが、その次のセットを終えてイメージは第三者的に距離を置いてみられているが、それでもSUDは7と高いままだった。一方「ビルはつぶれないから大丈夫」という認知の妥当性は10となったため、より妥当性の低い次の認知を尋ねると今度は、「全部部屋は元に戻るよ」という認知が語られた。セットを追うごとに、出てくるイメージは時間的に経過していき6セット目を終えると、映像はないが、家具が倒れた時の音が聞こえ、SUDも7へと跳ね上がる。一方、認知の妥当性はまた10に達し次より妥当性の低い肯定的な認知を探すと、「もう大丈夫」が出てきた。その後の3セットでSUDは0に低下し、さらに1セットを追加すると迎えに来た夫と抱き合っている場面が想起され、「もう大丈夫」を信じられる程度も10と報告され、EMDを終えた。このクライアントは十分な時間がとれず、セルフコントロールに関しては配慮できなかった。

表2 症例その2 治療経過

	イメージ	SUD	震え	認知「ビルはつぶれないから大丈夫よ」
	プリテスト	6	-	0
1回目	イメージなし	7	-	4
2回目	体の揺れ	8	+	6
3回目	少し落ち着いた	6	-	8
4回目	第三者的光景	7	-	10
				認知「全部部屋は元に戻るよ」
5回目	布団の中で じっとしている	5	-	7
6回目	映像なし、 倒れたときの音	7	-	10
				認知「もう大丈夫」
7回目	倒れた後の部屋	3	-	8
8回目	倒れた後の部屋	3	-	8
9回目	落ち着いた部屋	0	-	9
10回目	夫が迎えに来た	0	-	10

その後退職し、連絡がとれなくなったためにフォローアップは行われていない。

6. 考 察

このクライアントは、最初恐怖イメージへの直面を避けていた。EMDやEMDRでは最も恐怖感の強いイメージを扱うために、こうした抵抗を招くことも多い。幸いこのクライアントは治療者の励ましに応じて直面することができたが、「治療者とクライアントの良好な関係」や「EMDやEMDRが安全な治療である保証」、などが必要であることは言うまでもない。こうした意味でEMDやEMDRを1セッションで完結する治療と考えるのは短絡的である。Shapiro (1995b) は、EMDRの8つの段階として、① Client History、② Preparation、③ Assessment、④ Desensitization、⑤ Installation、⑥ Body Scan、⑦ Closure、⑧ Reevaluation を上げている。第1段階には、現病歴や生育史の聴取の他に、レポートの形成も含まれる。第2段階には、治療モデルや手続きの説明も含まれる。これからもEMDRがただ単に速さだけを強

表 3 EMDR Controlled Studies Investigating PTSD Symptomatology (Shapiro, 1995b)

Principal investigator	(1) Boudewyns	(2) Jensen	(3) Levin	(4) Pitman	(5) Renfrey	(6) Shapiro	(7) Vaughan	(8) D.Wilson	(9) S.Wilson
Method validity & fidelity checks	None	Low	High	Variable	None	High	None	High	High
No. of sessions	2	2	1	12	2-6	1	3-5	1	3
Psychometrics									
SUDs	Decreased	Decreased	Decreased	Decreased	Decreased	Decreased		Decreased	Decreased
IES ※	Unchanged		Decreased	Decreased	Decreased		Decreased		Decreased
Global	Unchanged	Unchanged		Mixed	Decreased		Decreased		Decreased
Physiological	Unchanged				Decreased			Decreased	
Behavioral						Decreased	Decreased	Decreased	
Subjects (primary)									
Single trauma			×		×	×	×	×	×
Multitrauma	×	×		×					
Compensation	×	×		×					
Design									
Comparative	×		×			×	×		
Component	×			×	×			×	
Delayed treatment						×			×
Wait list only (no treatment control)		×							

※ note IES =Impact of Event Scale

調した機械的な治療法でないことは明らかであろう。

次にこのクライアントの特徴は、イメージが時間を追うような形で変化していき、いわば、地震全体を再体験したように思えることがある。地震を再体験し終えることでSUDの低下が見られたようだ。実際に揺れを体験しているような場面では、EMの1セットを意識的に延長して50~60往復行うなどの工夫(Shapiro, 1995a)で、クライアントにとって辛い体験をより速く処理できる可能性があったと反省している。このように、展開し、変化する場面を一度に扱うことができるのもEMDやEMDRの長所と言える。

このクライアントでは望ましい認知が現在のものというより、災害時のものとなっていた。「ビルはつぶれないから大丈夫よ」や「全部部屋は元に戻るよ」という認知で、地震が起こった際にはこの認知が望ましく感じられるかもしれないが、地震が終わった今地震を思い出しての認知としては「もう終わったことだ」「今、私は安全だ」等が適当と思われる。認知行動療法でもそうだが、むりやりクライアントをある枠の中にはめ込むような印象を与えることは、関係をかえってまずくする可能性もあるため、あまりきっちりところが求めているものにあてはまらなくても治療は進めるべきである。とはいっても、望ましい認知は治療を方向づける役割を果たすものであるから、現在の(記憶のその時点のものでない)、自分に関連した(場面や他人に関するものでない)、力強いもの(今の時点ではあまりそうは思えないものでよい)であることが望まれる(Shapiro, 1995b)。

7. 全体考察

1) EMDやEMDRの効果

以上、たった2つの事例ではあるが、EMDにより災害の比較的直後におけるPTSDの予防的介入が非常に短い介入でできることが示されたと言えよう。もちろん、今後わが国においても統制群を用いた比較研究が行われることが望ましい。

これまで、アメリカにおいて、群構成の面ではしっかり統制された研究でEMDやEMDRの効果が検討されてきている。PTSDの治療研究はもともと多くないが、表3に示すように、EMDやEMDRに関しては統制された研究

が行われて、非常に短期間で効果が上がることが幾つかの研究によって立証されていることは明記しておきたい。しかし、その結果を展望する際に、この表の Method validity and fidelity checks の項目に注目していただければわかることだが、施された治療のレベル、治療者の経験のレベルを考慮することが重要であろう (Greenwald, 1994)。

また、EMDとEMDRの間には大きな違いがあるにもかかわらず研究者によってはこの違いを理解していない現状がある。日本においても、従来EMDRとして紹介されてきた方法 (熊野, 1992a, 1992b; 市井, 1994a) は、たいへん初期の段階のEMDRであって、現在のEMDRと比べた場合むしろ、EMDと呼ぶべきものである (Shapiro, 1995a)。筆者らは、EMDはイメージへのイクスポージャと眼球運動が主要構成要素とっていいが、EMDRは、かなり異なったもっと柔軟性の高い、その意味で要因分析の研究パラダイムに乗りにくい1つの治療体系と理解している。2つの異なる方法については、区別して個々に議論することが望ましいことは言うまでもない。

2) EMD, EMDRの適用対象

これまで、筆者らはEMDを数例の恐怖症患者にも用いてみた。その経験から、治療場面ではいずれもかなり劇的な改善が見られるが、最終的な治療には成功しなかった事例もあった (市井, 1994b)。そのことから、日常的に恐怖対象にさらされる場合は恐怖感がなくなるのではないかと考えた。例えば、乗り物恐怖の患者で、EMDによって、最近の最も強烈な失敗体験の記憶 (恐怖感に襲われ途中で下車した) は思い出しても不快ではなくなるが、また乗り物に乗る状況はすぐにめぐってきて恐怖感はやはり出てしまうということだった。しかしこれだけでEMDの適用をPTSDのみに限ってしまうのは大きな可能性に目をつぶることに思われる。現実脱感作と併用するなど運用面での工夫で現在の空間恐怖の治療に成功した例もある (熊野・久保木・末松, 1993)。

さらに言えば、EMDRでは、PTSDのみならず、現在の不安、恐怖症、過度の悲嘆、身体疾患、心身症、子ども、夫婦、人格障害、にも効果があるとされており、それぞれの治療のプロトコルや工夫を持っている (Shapiro、

1995a, 1995b)。現在の不安ならば、① 最初の記憶、② 不安を引き起こす現在の状況のうち、最も最近、もしくは最も代表的な例、③ 望ましい感情的、行動的反応の将来的な計画の3つについて、この順にターゲットとしてEMDRを行うのである (Shapiro, 1995b)。先に示した乗り物恐怖の治療では、このうち②しか扱えておらずそのために効果が上がらなかったと言えるかも知れない。今後、診断に合わせ、さまざまなプロトコルの効果が検討されることを期待したい。

3) EMDとEMDRの違い

最後に、筆者らの感じた範囲でEMDとEMDRの違いについて言及したい。EMDRが大きくEMDと異なっている点は、EMDRでは、その力点は脱感作よりも再処理に置かれている点がある。創始者のShapiroは、EMDRでは、再処理の副産物として脱感作が起こると述べ、今この治療法に名前を付けるとしたら、再処理療法と名付けると述べている (Shapiro, 1995a)。

EMDRでは、一見つながりの明確でない別のイメージが出てきても、

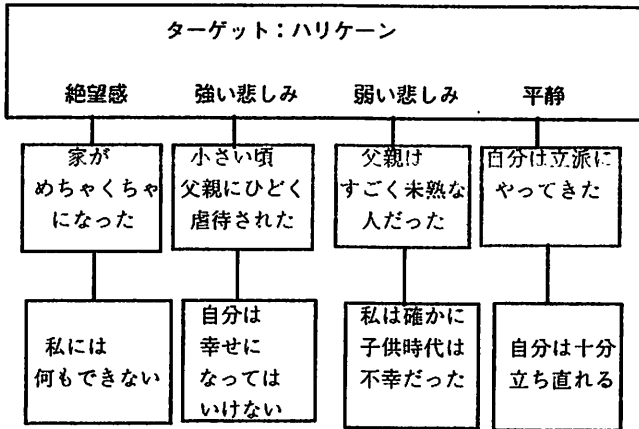


図1 Diagram of a target memory and the channels of information that emerge with EMDR treatment in the form of the client's responses (The idea is referred from Shapiro, 1995b) .

特に前のイメージに戻るようなことはせずにそのままEMの手続きを続けていく。EMDRで仮定している情報処理モデルではクライアントが出して行くイメージは、もとのターゲットとなる記憶とつながっている。出てきたその1つずつのチャンネルを処理していくことで、最後にはターゲットの記憶も処理されると考えている(図1)。このように、EMDRでは、クライアントがしばしば経験するさまざまな記憶の変化やジャンプに沿いながら治療を進めていく点が特徴として上げられる。

EMDRの再処理と認知行動療法でいう認知的再体制化とはやや似た印象を与えるかも知れないが、実はかなり異なるものであることも指摘しておきたい。治療者の関わりとしては、EMの手続きに入る以前の段階で、クライアントの否定的な認知とそれに変わり得る肯定的な認知を明らかにして、情報処理の方向づけを行う点が大い。しかし、その後は、クライアントから報告される変化に口をはさまずに(繰り返すことさえせずに)、「それと一緒にいましょう」と次のEMのセットへと進む。すなわちEMDRの治療の大きな部分は、EMによってクライアントの脳が自発的に情報を処理する過程に負っているのである(注5)。クライアントが繰り返し自己教示したり、治療者が説得したりといった過程は全くない。

こうしてみると、一見治療者の役割が小さく、そのため容易に見えるEMDRであるが、望ましい認知の見つけ方、どの記憶に関して何セットくらいEMを続けどこでもとの記憶に戻るか、クライアントがしばしば体験する感情の噴出(abreaction)を処理する方法、症状に応じた手続きの変更などに関してはEMDRに精通した者による訓練がどうしても必要となる。

日本においてもEMD、EMDRが正しく理解され、訓練を受けた治療者、研究者によってこれらの真価が広く発揮されることを期待したい。

追記：本研究の一部は早稲田大学阪神・淡路大震災に関する調査・研究費の補助を受けた。

参考文献

- 1) APA. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. APA: Washington D.C. (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳.1995. DSM-IV 精神疾患の分

類と診断の手引き. 医学書院)

- 2) Greenwald, R. 1994. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) : An Overview. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 24.1, 15-34.
- 3) 市井雅哉. 1994a. 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療—行動療法、認知行動療法、EMDR—。 *imago*, 5 (8) , 110-123.
- 4) 市井雅哉. 1994b. 認知行動療法を社会恐怖と回避性人格障害の合併症に適用した事例. *早稲田心理学年報*. 26, 7-17.
- 5) 熊野宏昭. 1992a. EMDR について. *imago*, 3 (6)、264-271.
- 6) 熊野宏昭. 1992b. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) —眼球運動により外傷的記憶の脱感作と再体制化を行う技法—。 *心身医療* 4(11), 1331-1337.
- 7) 熊野宏昭、久保木富房、末松弘行. 1993. EMDR を含む認知行動介入を行った空間恐怖の一例. *日本行動療法学会第 19 回大会発表論文集*. 54-55.
- 8) Shapiro, F. 1989a. Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.
- 9) Shapiro, F. 1989b. Eye movement desensitization : A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 20. 211-217.
- 10) Shapiro, F. 1991. Eye movement desensitization & reprocessing procedure : From EMD to EMD/R-A New Treatment Model for Anxiety and Related Traumata. *The Behavior Therapist*. 14. 133-135. 128.
- 11) Shapiro, F. 1995a. Personal Communication.
- 12) Shapiro, F. 1995b. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York : Guilford Press
- 13) 鳥居鎮夫. 1987. 夢を見る脳. 中公新書.
- 14) Wolpe, J. 1982. *The practice of behavior therapy 3rd ed.*. New York : Pergamon Press.

(注1) この急性ストレス障害という診断名は、DSM-III-Rにはなかったが、DSM-IVから追加された。ICD-10には、急性ストレス反応という、2、3日以内という一過性の反応に対する診断名がある。

(注2) 第5回日本ブリーフサイコセラピー学会(1995年7月)で発表した際には、こ

の症例をEMDRの適用例として発表した。その後、EMDとEMDRの違いが明確になるにつれて、今回用いたものはEMDRのごく初期のもので、むしろEMDと呼ぶべきものであることがわかった。

(注3) EMDやEMDRでは、望ましい認知を信じられる程度は、SUDと区別をする目的で1-7の7段階尺度で評定させている。筆者らはむしろ7段階の評定を一部のクライアントが、SUDの10段階評定と混同することを経験して、同じ10段階を用いることにしている。

(注4) EMDやEMDRの利点の1つとして、本人さえしっかり意識できていれば、治療者がこと細かくイメージ内容を把握できていなくてもいい点がある。特に、レイプの被害者などの場合この点は大きなメリットとなる。

(注5) この治療機序に関しては、仮説でしかない。睡眠中のREMの段階でもこのような自発的な情報処理が行われているという学説がある(鳥居、1987)。

要 約

阪神・淡路大震災の被災者で急性ストレス障害を呈した2人の女性に対して震災1カ月後にEMDを適用した。いずれも1セッションで地震への恐怖感消失した。EMDをPTSDの予防のために地震後の早い時期に導入することの有効性が示された。

火事のイメージに悩んでいた25歳未婚女性は、4セットの眼球運動(EM)でそのイメージへのSUDは0となり、「あれは終わったことだ」という認知は7セットのEMの後10信じられると答えた。5カ月後でも好調を維持しており、症状の再発は見られなかった。2次利得、セルフユースについて考察した。

28歳既婚女性はEMDの治療中、地震のイメージとともにかなり強い恐怖を再体験したが、その後急激にSUDは低減し、11セットのEMで0となった。その時点で「もう大丈夫」という認知も10信じられると報告し、治療は終了した。EMDを適用する際のイメージや認知の扱い方について考察した。

さらに、EMDやEMDRの適用範囲、EMDとEMDRの違いについても考察した

ABSTRACT**Application of Eye Movement Desensitization (EMD) to the Acute Stress Disorder Victims Suffered from the Great Hanshin-Awaji Earthquake****ICHII, Masaya**

College of Education, University of the Ryukyus

KUMANO, Hiroaki

School of Medicine, Tohoku University

Authors applied EMD (Eye Movement Desensitization) to two women who suffered from the Great Hanshin-Awaji Earthquake and diagnosed as ASD (Acute Stress Disorder) survivors one month following the earthquake. Within a session, their fears were diminished. The result showed that EMD can be used for ASD clients to prevent PTSD.

A 25 year-old single woman initially complained of trauma-related imagery (e.g., fire) with an initial SUD level of eight. After four sets of Eye Movement (EM) the level of distress decreased to 0. After the seventh set of eye movement, she rated the cognition "it was over," as completely true. Five months later, these therapeutic changes were maintained without any relapse of symptoms. Associated with this case, secondary gain and self use were discussed.

In addition, a married 28-year-old woman, reexperienced earthquake-related symptoms with a strong sense of fear during the therapy session of EMD. The fear quickly decreased to a level of 0 on SUD after the eleventh set of EM. At the same time she reported that she could believe a desirable cognition or "everything is all right" without any doubt. The way to treat imagery and positive cognition in applying EMD was discussed.

Furthermore, an applicable range of symptoms, and the differences between

EMD and EMDR were discussed.

Key Words: EMDR, EMD, ASD, PTSD, imagery.
