

## EMDR の効果と限界

市井雅哉 (琉球大学教育学部)

### I はじめに

EMDR (eye movement desensitization and reprocessing; 眼球運動による脱感作と再処理法) は1989年にカリフォルニアの臨床心理学博士 F. Shapiro によって発表された新しい心理療法である。PTSDをはじめとする外傷的な記憶にまつわる精神疾患を急速に治療できることから、発表からわずか10年余の間に世界的に非常な注目を浴び、懐疑の目を向けられ、一定の評価を獲得してきた。図1にEMDRに関する論文件数の推移を示した。心理学系のデータベース PsycLit で144件、医学系のデータベース Medline では78件ヒットした。このように確実にEMDRに関連する論文が増加傾向にあり、現在最も注目されている心理療法と言っても過言ではないであろう。

### II EMDR の PTSD に対する効果

EMDR が最もその効果を発揮する疾患の1つが PTSD (心的外傷後ストレス障害) であるが、1998年には、アメリカ心理学会の第12部会 (臨床心理学) が確固たる実証的な証拠で支持された治療法を検討するプロジェクトの結果として、EMDR は「非軍人の PTSD に多分有効な」「実証的に妥当な治療」としてリストにあげられた。こ

の際、フラッディング (行動療法の1つ) やストレス免疫訓練 (認知行動療法の1つ) は「軍人を

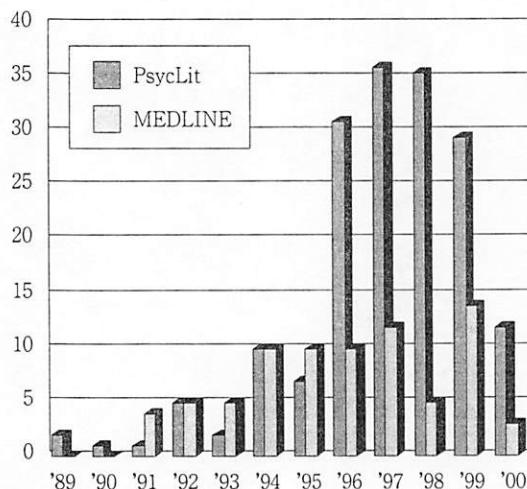


図1 EMDRの論文数 注: PsycLitでは、1994年までは“eye movement”というキーワード (Major descriptor) と“EMD” (発表された初期に使われていた呼称) のかけ算の形で検索し、1995年からシソーラスでEMDRに対して“eye movement desensitization therapy”という検索用のキーワードが採用されているので、その言葉で検索した。この新しい検索語の割り当てもEMDRの研究が盛んになった表れと言える。一方、Medlineでは、“eye movement desensitization”か“EMDR”がabstractに含まれているという条件で検索している。アブストラクトの編集作業などの影響で、この調査時点では、2000年の論文はほとんどカバーされていないと思われる。

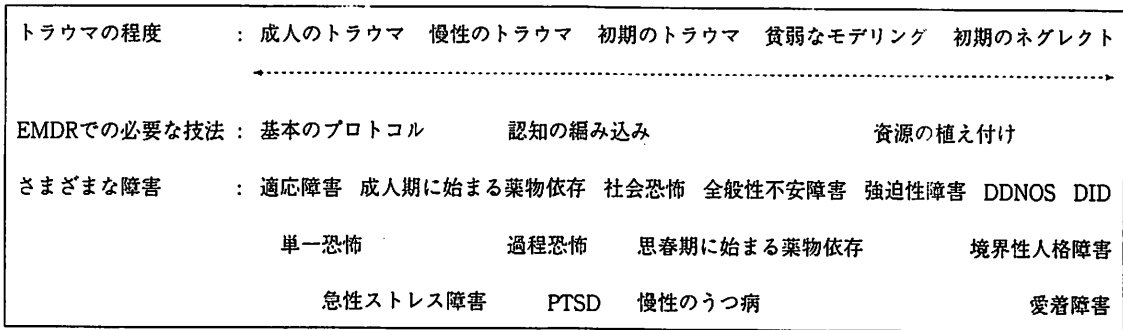


図2 EMDR 治療プロトコルのスペクトラム (著者により一部改変) 注: DDNOS; 特定不能の解離性障害, DID; 解離性同一性障害。「トラウマの程度」の部分の右よりの2つの貧弱なモデリング, 初期のネグレクトは強烈な否定的な出来事と言うよりは慢性的な否定的出来事と肯定的な出来事の欠如と考えられるかもしれない。これはさまざまな肯定的・否定的出来事の記憶の主観的な総和として我々の自己概念や世界や他者への信頼感が成り立っていると考えると納得できるかもしれない (市井, 2000)。

含めた PTSD に多分有効な」「実証的に妥当な治療」という評価を受けている (Chambless et al, 1998)。国際外傷ストレス研究学会の治療ガイドラインとして発表された Chemtob, Tolin, van der Kolk & Pitman (2000a) は、12 のかなり厳密な基準をクリアした治療研究論文をレビューし、EMDR に A / B の評価を与えている。A は、治療待機統制群、通常の治療統制群、積極的な治療統制群などよりも有効という意味である。メタ分析の効果値も十分に大きい。B は、効果の自信について最高レベルの評価を得るためにはさらに他の PTSD 治療との比較研究が望まれることを意味している。しかし一方、Van Etten & Taylor (1998) は、SSRI による薬物療法、行動療法も含めたメタ分析では、EMDR がこれらの方法と同様に効果的であるが、他の方法以上に効率が良い (より短期間で効果を上げる) ことを示した。このように、旧勢力との間で政治的な駆け引きがあって控えめな評価にはなっているが、EMDR が一時的な流行の怪しげな治療法でないことはわかっていただけると思う。

### III EMDR の他の適用

外傷となる記憶が絡む精神疾患というのは、何も PTSD や ASD (急性ストレス障害) に限られているわけではない。DSM-III 以降の PTSD の診

断基準は、「危うく死ぬまたは重傷を負う」「身体の保全に迫る危険」といった体験をすることを診断基準の1つ目に含めている。こうした形容詞がどこまで客観的に定義できるのか、特に子どもの場合、主観的な恐怖を考えると拡大すべきではないのかといった問題が議論されてきた (Yule, 1996)。診断基準の中でこうした病因に言及することの是非も議論の余地があるようである。しかし、程度はさまざまであれ、過去の否定的な出来事の記憶を、クライアントが面接の主要な話題として取り上げることを否定する臨床家はおそらくいないのではないだろうか。Leeds (1998) は、EMDR の適用との関連で外傷体験の頻度や人生上の時期を軸に、障害を連続体上に布置して、さまざまな精神疾患を理解する枠組みを作っており、EMDR の適用範囲の広さを物語るとともに、新しい診断の枠組みとしても一考に値すると思う (図2)。

その実、EMDR が効果を上げてきた対象としては、人格障害、解離性障害、パニック障害などの不安障害、さらに失われたものへの喪の作業とも言える死別、ターミナルケア、重篤な身体疾患の受容 (ガン、幻肢痛) といった領域もある。

こうした可能性の魅力からか、現在 EMDR の正式のトレーニングを受けた精神保健の専門家の数は、全世界 65 カ国に拡がり、30,000 人を越え

ている (Shapiro, 2000)。日本でも 300 名近い、臨床心理士、精神科医などがトレーニングを受け、実践に活用している者も着実に増えている (市井、印刷中)。

#### IV EMDR の症例

EMDR の中心的な手続きを非常におおざっぱに記述するとすると、クライアントに外傷となる記憶を構成する映像、認知、感情、身体感覚を想起してもらいながら、治療者の指を目で追うようにして左右方向の眼球運動を行ってもらうのである。具体的なイメージを持ってもらうために、症例を示そう (市井, 1996)。

##### 1. 症 例

クライアント：大学3年生、女子

主訴：車やその他の物音が怖い、動悸が激しい

家族構成：大学入学以来親元を離れ一人暮らし

現病歴：2日前、目の前で歩行者の老人が車にひかれるという交通事故を目撃した。ショックを受けその日は無気力感があつた。3、4年前に自分が遭遇した交通事故の記憶 (額を17針縫った) がありありと思い浮かぶようになった。音に過敏となり、道を歩いているときに近づいてくる車の音、ちょっとした「ガシャ」といった音にもびっくりする。救急車の音も怖い。動悸が激しい。

治療経過：治療者はこの学生とは以前から面識があり、家庭環境、学校生活、性格等の問題はなく、純粹に今回の交通事故の目撃体験のみが問題と判断されたので、即座にEMDRを適用した。

##### 2. 評 定

焦点を当てた映像：老人が倒れており、買い物の荷物が散乱している。

否定的な認知：「一步間違えればあそこにいるのは私なんだ」「どう気をつけてもあななるんだ」

肯定的な認知 (治療の目標となる望ましい認知)：「私は今安全だ」 それを信じられる程度 (Validity of Cognition: VoC) (7段階の) 1。



図3 指で眼球運動を導く方法

感情：恐怖・不安 その強さ (Subjective Unit of Disturbance: SUD) (10段階の) 9。

身体感覚：手に血が通わない、しびれる。額が重い。

##### 3. 脱感作・再処理

上記の映像、否定的な認知、身体感覚に意識を向けた状態で、水平方向の眼球運動を繰り返す。EM 1セット (眼球運動約25往復) 終える度に「一旦頭を真っ白にして、深呼吸」と教示し、「今、何がありますか?」と自由な言語報告を促す。クライアントの発言に続いて即座に、「それと一緒に」と次の眼球運動に入る。言語的なやりとりを極力しないのが、この段階の特徴である。以下は各セット毎に出てきた言語報告である。

①情景、立っている自分。②ぶつけられた車。見ている自分。倒れている老人。止まっている車が白っぽくなってきている。③何かよくわからない。立っている自分。白っぽい。④横にいたおばさんの顔。その人と話した。1人どこから来た男の人が介抱していた。突っ込んだ車をのぞき込む人たち。⑤ガードレールに突っ込んだ車。のぞき込む人。救急車が来て診察している。運ばれていく老人。⑥ぶつけられた方の車の人は出てきて、元気だった。⑦周りで事故を見ている人たち。ぶつけられた方が話している。しばらくたって「どうだった」と2人連れ。左側のおばさんの顔。その2人の顔。⑧フロントガラスが飛び散ってい

るところ。どんどん人が集まって見ている。⑨後続の車が通り過ぎようとする。のぞいたり、クラクションの音がする。⑩自分が帰るところ。⑪そこから歩いて自分のアパートへ。前方に止まっている車を見て「あー」と思った。⑫部屋に帰って急に怖くなり、泣いたりしている自分。⑬取り乱して、父に電話をしていた自分。⑭具体的なものは無い。⑮老人の乗っていた自転車。昨日の朝あったが、今日なかった。今朝はフロントガラスの破片が減っていた。事故のことみんな知らないのかなあ。⑯今朝のバスの近くを通るおばさんが危なく感じた。クラクションの音に、びっくりして涙が出た。⑰今朝のおばさん。止まって欲しいのに、止まってくれない。⑱バスの運転手の運転が荒っぽい。車の前方を正視できない。⑲バスを降りて、イヤな気分で学校に歩いている自分。帰りたい。⑳今の自分。㉑今治療者の指を目で追っていた自分。

(1つの記憶のチャンネルがクリアになったと思われたので、元々の映像に意識を戻してもらって、SUDを評定させると3。まだ、未処理の部分が残っていると思われるので、さらにEMを続ける。)

㉒老人がはねられた瞬間のこと。破れたビニール袋。㉓さっきまでは広く情景が見えていた。ビニール袋だけが見える。㉔よくわからない。㉕具体的には言えない。

(処理する新たな材料がないようなので、元々の映像に戻ってSUDを評定させると0。VoCは6。身体感覚として頭が疲れた、手は暖かい。この場面については処理が済んだと見なした。3、4年前の事故の映像(振り返るとそこに車がある)は、今回の事故前の状態に戻ったという報告だった。それに焦点を当てて、さらにEMを続ける。)

㉖事故に気づいた親が驚き家から出てきた。心配そうな母親。㉗自分の血染めのTシャツ。病院で診察室に座っている。㉘眼帯して授業を受けている。

㉙眼帯とれた直後(お祝いとして)友人と写した写真。㉚写真の中の自分の笑顔。㉛具体的な情景なし。ケガにも負けずに予備校に通った自分。「がんばっていたなあ」

(3、4年前の事故に対するSUDは0。VoCは6。)

クライアントの感想として、映像が時間を追うように展開した点と、情景が周囲へと広がっていった点が不思議に感じたと言った。また、治療前には、事故に関して思い出すことは怖かったことばかりで、隣にいたおばさんや2人の顔、3、4年前の事故の後の写真のことなどは忘れていたと言った。今は、「自分がひかれなくてよかった」と思えるとのことだった。

#### 4. 1週間後の再評価

その後過敏な症状はほぼ消失。事故現場は毎日通るがイヤな感じはない。もともとの映像に対してSUD 0。VoC 7。事故のことをもう一度ビデオ再生のようにイメージの中で振り返ってもらうと、クラクションの音に多少イヤな感じがあるというので、EMDRを3セット行った後、もう一度再生してもらうと、クラクションに対してもイヤな感じはなくなった。

90分程度の1セッションのEMDRにより、記憶のネットワークが活性化され、1つの事件の全体がバランスよく想起され、認知も再構成された。さらに類似点を持つ他の記憶に関しても、再処理過程に乗せることができ、肯定的な要素が全面に出てきた。

この症例では、いきなり否定的な記憶に焦点を当てており、眼球運動を始めてからは、治療者は積極的に介入するよりただ眼球運動に導くことで治療に成功しているが、いつもこのような経過を辿るとは限らない。ほとんどの場合、もっと慎重に治療を行うことが望ましいし、さまざまな技法を身に付けて臨機応変に対応できる準備が必要である。EMDRにおいて、正式なトレーニングの

重要性が強調される理由はそこにある（市井，印刷中）。

## V EMDRの概要

EMDR治療は以下の8つの段階に分けられている。(1)クライアントの生育歴の聴取，(2)準備，(3)評価，(4)脱感作，(5)認知の植え込み，(6)ボディスキャン，(7)終了，(8)再評価である。第1段階では，ラポールをつけること，十分な生育歴，現病歴の聴取や，EMDR適用かどうか，面接の間を支えるソーシャルサポートやセルフコントロールができるのかといったクライアントの安全性を確認する。第2段階では，直接的なEMDRの準備として，EMDRの概略を説明したり，イメージ上で「安全な場所」の確保を行ったり，クライアントの期待や不安を考慮する。虐待など圧倒的に多数の否定的な記憶に占められているクライアントに対して否定的な記憶に直面させると効果を上げるところか，却ってクライアントを不安定にしてしまう。そのため図2の「資源の植え付け」により，肯定的な要素を見つけ，強めたり，さまざまな対処方法を初めに育てたり，否定的な記憶に向き合えるまでに十分な時間をかけることが必要になる。ここまでを時間をかけて丁寧にやるのがEMDR成功のための必須条件といえる。第3段階以下が症例で示されているわけだが，第4～6段階は，同時進行的に進み，明確に区分は難しい場合も多い。この段階で図2に示された「認知の編み込み」といった治療者からの積極的な認知療法的な介入を加えないと，いつまで経っても記憶の否定的な側面に圧倒され続けるクライアントも半数程度いる。SUDが十分低下した時点で第5段階に移り，肯定的認知の妥当性を上げていく。十分上がったら，第6段階に進み，身体に意識を向け，不快な感じがなければ終わり，あればそれに焦点を当てて，EMを行う。第7段階では，次の治療までの間にも情報処理が続きうることなどの説明をして，第8段階は，次回での再評価となる。

## VI EMDRの限界

ここまでにも触れてはいるが，EMDRは決して夢のような万能な治療法ではない。さまざまな限界や注意点も持っている(Shapiro, 1995)。

まず，治ることへの抵抗となる事柄を指摘すると，2次の疾病利得の問題がある。治ることにより，障害者年金の打ち切り，裁判での賠償金請求の減額といった不利益を被る場合，職探し，受験勉強，友達作りなどの新たな人生上の課題に取り組む必要に迫られる場合には，その問題を先に扱わないと治ることが受け入れられない。脳に機能的な問題がある場合にも効果はあがらない。ベンゾジアゼパム系抗不安薬により不安を感じない状態では，記憶の否定的な側面へのアクセス自体がうまくいかないためEMDRの効果は減じられる。

法的な問題に関連して注意事項が2つある。係争中の原告や被告の場合，EMDRによって怒りや悲しみといった否定的な感情が弱まってしまうと，裁判には負けてしまう可能性もある。したがって，EMDRを適用する前にインフォームドコンセントを行うことが大切である。もう1つ，False Memory Syndromeの問題もある。EMDRは催眠と違って，治療者によって偽りの記憶が植え付けられる可能性はほぼ全くない。このことがアメリカでは認められた症例もあるが，日本で同様の判断がされる保証はない。また，EMDRの中で想起された記憶が真実であるという証拠はなく，客観的な証拠なく裁判に訴えてもあまり勝ち目はないのではなかろうか。

最後にさまざまな危険性についても指摘しておきたい。我々の脳内で記憶のネットワークがどう結びついているかに関しては，こちらもクライアントも前もって知ることはできない。もう何とも思っていた記憶が意外と強烈な感情を伴ったり，抑圧されていた記憶が蘇ったりすることもある。したがって，見通しと実際の治療の展開が異なる可能性をインフォームドコンセントし，治療の長期化，一時的な症状の悪化をも覚悟してお

いてもらうことが必要である。

最終的には感情は適応的な安定へと移行するが、それまでの時間は処理しなければならない外傷体験の数や元々の自我強度によって随分とばらつきが出る。一時的な不安定さに耐えるソーシャルサポートや本人の安定性がないと自傷他害の恐れにつながってしまう。

同様のことが薬物依存の場合にもあてはまり、外傷的な記憶へのアクセスは却って薬物を摂取したい欲求を一時的には高めてしまう。離脱してからの十分な時間の長さや周囲からのサポートがなければ EMDR 適用は勧められない。

解離性障害に関しては、隠れていた暴力的な人格が治療に抵抗して現れ、クライアントや治療者が危険にさらされる可能性が生じるために、どのクライアントに対しても、解離性障害の可能性を見極めてから EMDR を適用することが勧められている。解離性障害の可能性があれば、さまざまな人格すべてが治療に同意するまで時間をかけ、生活の安定を優先した後に、EMDR の適用を考える。

## Ⅶ おしまいに

以上、EMDR の効果と限界について紹介した。この展開の速さによるクライアントの利益や我々臨床家のバーンアウト防止の可能性を考えると、さまざまな心理療法の流派を越えて興味を持っていただけたらと願っている。アメリカでも認知行動療法家のみならず、精神分析家、家族療法家、子どもの療法家など多くの臨床家が EMDR を学び、自分の治療スタイルに EMDR を取り入

れ、成果を上げている。この方法を新しく受け止める臨床家が「偏見という名の限界」を作らないことが最も大切なことかもしれない。

## 文 献

- Chambless DL et al (1998) Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51; 3-16.
- Chemtob CM, Tolin DF, van der Kolk BA & Pitman RK (2000) Eye movement desensitization and reprocessing. In: Ed by Foa EB, Keane TM & Friedman MJ: *Effective Treatments for PTSD*. New York: Guilford Press.
- 市井雅哉 (1996) EMDR におけるイメージの変化. *日本行動療法学会第 22 回大会発表抄録集*, 50-51.
- 市井雅哉 (2000) トラウマ記憶の処理—EMDR. *こころの科学*, 91; 2-7.
- 市井雅哉 (印刷中) EMDR の訓練システム. In: 崎尾英子編: [仮題] EMDR 臨床症例集. 星和書店.
- Leeds A (1998) Principles of case formulation and the use of resource development and installation for integrating EMDR into the treatment of complex posttraumatic stress and adult attachment related disorders. Paper presented in 1998 EMDR Institute Level 2 Specialty Presentation.
- Shapiro F (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford Press. (市井雅哉監訳 (印刷中) [仮題] 否定的記憶を再処理する治療法—EMDR—. 二瓶社)
- Shapiro F (2000) Accommodation, assimilation and growth: Integrating the future, now. Paper presented in 2000 EMDR International Association Conference.
- Van Etten ML & Taylor S (1998) Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5; 126-144.
- Yule W (1996) Post-traumatic stress disorder in children. In: Ed by Salkovskis PM: *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*. (坂野雄二・岩本隆茂監訳 (1998) 認知行動療法—臨床と研究の発展—. 金子書房.)